



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Pe 1656 e 39

Pe 1656 e 39





BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

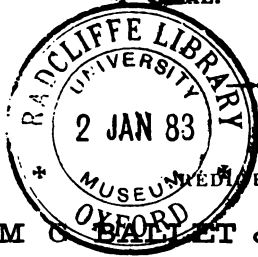


BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE.

LVII^e ANNÉE (1882)

4^e SÉRIE. — TOME VII.



MM G. BALLET & CH. TALAMON
SECRÉTAIRES

PARIS

ADRIEN DELAHAYE et E. LECROSNIER, EDITEURS,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—
1882



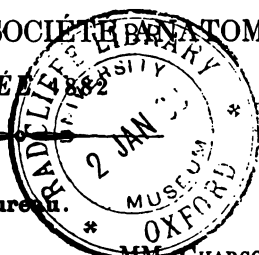
LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1882

Bureau.



Président	MM. CHARCOT.
Vice-Présidents.	{ HANOT. DURET.
Secrétaires.	{ TALAMON. BALLET.
Trésorier.	JOSIAS.
Archiviste.	DE BEURMANN.
Membres titulaires du Comité.	{ HENRIET. BRISAUD. FÉRÉ.
— adjoints.	{ CH. H. PETIT. CHAUFFARD. G. MARCHAND.

Membres Honoraires.

- 1874. ANGER (Th.), rue de Penthhièvre, 16, Paris.
- 1879. BALZER, rue de l'Arcade, 9, id.
- BARTHEZ (E.), avenue de Messine, 30, id.
- 1878. BERGER (P.), rue de l'Odéon, 22, id.
- 1866. BESNIER (Ern.), rue des Mathurins, 37, id.
- 1874. BESNIER (J.), rue Vignon, 30, id.
- 1873. BLACHE (R.), rue de Suresnes, 5, id.
- 1866. BLACHEZ, boulevard St-Germain, 147, id.
- 1869. BOUCHARD (Ch.), rue de Rivoli, 174, id.
- 1874. BOUCHEREAU, rue Cabanis, 1 (Asile Sainte-Anne), id.
- 1877. BOUILLY, boulevard Haussmann, 43, id.
- 1874. BOURNEVILLE, rue des Ecoles, 6, id.
- 1869. BROUARDEL, boulevard Saint-Germain, 195, id.
- 1860. BUCQUOY, rue de l'Université, 81, id.
- 1878. BUDIN, rue de l'Odéon, 22, id.
- 1874. CARRIÈRE, rue Portalis, 2, id.

1879. CARTAZ, rue Daunou, 18, id.
CASTELNAU (H de).
1878. CAZALIS (J.), rue Taitbout, 52, id.
1873. CHARCOT, quai Malaquais, 17, id.
1872. CHARPENTIER, rue de Miromesnil, 66, id.
1877. CHOUPPE, rue du Bac, 36, id.
1871. CORNIL (V.), rue de Seine, 6, id.
1877. COYNE, Bordeaux (Gironde).
1869. CRUVEILHIER (Ed.), rue de Rivoli, 252, Paris.
1879. DANLOS, rue de la Bruyère, 49, id.
1876. DEBOVE, rue Drouot, 28, id.
DENUCÉ, Bordeaux (Gironde).
1868. DESORMEAUX, rue de Verneuil, 11, Paris.
1869. DESPRÉS (Ar.), rue Jacob, 3, id.
1877. DU CASTEL (V.), rue de Bellechasse, 14, id.
DURAND-FARDEL, rue Guénégaud, 17, id.
1882. DURET, rue de Condé, 10, id.
1873. DUGUET, rue du Havre, 11, id.
1879. DUPUY, Saint-Denis (Seine).
1874. FERNET, rue de la Boétie, 22, Paris.
FIAUX, boulevard Haussmann, id.
1872. FONTAN, Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
1867. GÉRIN-ROZE, rue de Provence, 4, Paris.
1874. GINGEOT, rue de Bourgogne, 50, id.
GOUBEAUX, Ecole vétérinaire d'Alfort (Seine).
1877. GOUGUENHEIM, rue Neuve-des-Capucines, 9, Paris.
1862. GOURAUD (X.), rue du Bac, 40, id.
1873. GUÉNIOT, rue de Lille, 1, id.
1867. GUYOT, rue de Madrid, 21, id.
1872. HALLÉ, rue de Varennes, 38, id.
1876. HALLOPEAU, rue d'Astorg, 30, id.
1878. HANOT, rue de Rivoli, 122, id.
HARDY (A.), boulevard Malesherbes, 5, id.
1874. HAYEM, rue de l'Echelle, 9, id.
1874. HÉNOCQUE, avenue de Villiers, id.
HÉRARD, rue Grange-Batelière, 14, id.
1877. JOFFROY, rue Godot-de-Mauroy, 28, id.
1871. LABBÉ (Léon), boulevard Haussmann, 157, id.
1873. LABORDE (J.-V.), rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, id.
1873. LANCEREAUX, rue Volney, 3, id.
1878. LANDOUZY (L.), rue Chauveau-Lagarde, 4, id.
1873. LANNELONGUE, rue du faubourg St-Honoré, 118, id.
1874. LE DENTU, rue Taitbout, 45, id.
1876. LENHOSSEK, Pesth (Hongrie-Autriche).
1874. LEGROUX, rue de Rivoli, 178, Paris.
1876. LÉPINE, Lyon (Rhône).

- LEUDET, Rouen (Seine-Inférieure).
1875. LIOUVILLE, quai Malaquais, 3, Paris.
1877. LONGUET, Bourges (Cher).
1879. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.), r. du Faub.-Pois., 50, Paris.
1851. LUNIER, rue de l'Université, 6, id.
1874. MAGNAN, rue Cabanis. 1 (Asile Sainte-Anne), id.
1876. MALASSEZ, boulevard Saint-Germain, 168, id.
1878. MARCANO, rue de Rome, 56, id.
1867. MARTINEAU, rue Cambon. 24, id.
1873. MEURIOT, rue Berton, 17, Passy-Paris.
1866. MILLARD, rue Rembrandt, 4, Paris.
MOISSENET, rue Richepanse, 9, id.
1876. MONOD (Ch.), rue Cambacérès, 12, id.
1878. NEPVEU, rue d'Enghien, 24, id.
1872. NICAISE, boulevard Malesherbes, 37, id.
1874. OLLIVIER (A.), rue de l'Université, 5, id.
1879. ORY, place de Passy, 2, id.
1873. PARROT, quai Malaquais, 15, id.
1866. PAUL (C.), rue Cambon, 48, id.
1872. PÉRIER, rue Drouot, 7, id.
1881. PINARD, rue Cambon, 26, id.
1856. PIOGEY, rue Saint-Georges, 24, id.
1878. PITRES, Bordeaux (Gironde).
1882. PORAK, rue de Rennes, 87, Paris.
POTAIN, boulevard Saint-Germain, 256, id.
1872. POUMET, rue Richelieu, 108, Paris.
1878. POZZI, place Vendôme, 10, id.
1865. PROUST (Ad.), boulevard Malesherbes, 9, Paris.
1873. RANVIER, boulevard Saint-Michel, 105, id.
1875. RECLUS (P.), rue des Saints-Pères, 9, id.
1877. RENAUT (J.), Lyon (Rhône).
1877. RENDU, rue de l'Université, 28, Paris.
1877. RICHELLOT (G.), rue Vignon, 22, id.
RICORD, rue de Tournon, 6, id.
1879. ROBIN (A.), rue de Turin, 8, id.
1840. ROGER (H.), boulevard de la Madeleine, 15, id.
1878. SANNÉ, avenue de Messine, 30, id.
1876. SEVESTRE, rue Scribe, 5, id.
1876. SINÉTY (de), rue de la Chaise, 10, id.
1874. SCHWEICH, rue de Bondy, 7, id.
1876. TERRILLON, rue Chauchat, 23, id.
1864. TRÉLAT (U.), rue de l'Arcade, 18, id.
1878. TROISIER, rue Caumartin, 32, id.
1878. TURNER, rue Lallier, 1, id.
VERNEUIL, Boulevard du Palais, id.
VIDAL, rue Cambon, 49, id.

1871. VOISIN (A.), rue Séguier, 16, id.
1873. VULPIAN, rue Soufflot, 24, id.

Membres titulaires.

1882. BAZY, rue de l'Oratoire-Saint-Honoré, 3, Paris.
1882. BRISSAUD, rue Mazarine, 9, id.
1878. FÉRÉ, rue Chomel, 5, id.
1879. HENRIET, rue de Beaune, 14, id.
1875. HOMOLLE (G.), rue Bonaparte, 7, id.
1881. LELOIR, rue Monge, 17, id.
1877. MOUTARD-MARTIN (R.), rue de Lille, 52, id.
1879. QUINQUAUD, rue de l'Odéon, 5, id.
1879. SCHWARTZ, rue du Four-Saint-Germain, 60, id.

Membres adjoints.

1879. AVEZOU, rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, 54, Paris.
1879. BALLET, rue des Saints-Pères, 79, id.
1875. BARIÉ, rue de Rivoli, 37, id.
1879. BARTH, rue de Lille, 46, id.
1879. BELLOUARD, rue de Rome, 58, id.
1877. BEURMANN (de), boulevard Saint-Denis, 13, id.
1879. BRAULT, rue de l'Isly, 9, id.
1879. BRUN, quai du Marché-Neuf, 4, id.
1880. BÉRINGIER, rue de Sèvres, 91, id.
1872. CAMPENON, rue des Saints-Pères, 83, id.
1879. CASTEX, rue de Miroménil, id.
1878. CHAMBARD, rue Monge, 43, id.
1881. CHAUFFARD, rue de Bellechasse, 14, id.
1874. CUFFER, rue du Mont-Thabor, 25, id.
1874. DEFFAUX, boulevard Saint-Germain, 48, id.
1878. DÉJÉRINE, rue Jacob, 14, id.
1880. DESNOS, avenue Victoria, 9, id.
1880. DOLÉRIIS, rue de la Bienfaisance, 34, id.
1879. DREYFOUS, rue Richelieu, 61, id.
1876. DREYFUS-BRISAC, rue Blanche, 11, id.
1875. GRAUX, rue d'Enghien, 48, id.
1882. GOMBAULT.
1881. HAVAGE, rue Treillard, 4, id.
1875. HIRTZ (E.), rue de Provence, 4, id.
1879. JALAGUIER, rue de l'Oratoire, 4, id.
1876. JEAN, rue Cambon, 22, id.
1880. JOSIAS, rue Richempanse, 6, id.
1878. KIRMISSON, rue Monge, 33, id.

- 1880. LABAT.
- 1879. LATASTE, rue Radziwill, 9, id.
- 1881. LAURAND (A.), rue Monge, 38, id.
- 1881. LEGENDRE, Nouvelle-Rue de Clichy, 52, Paris.
- 1877. LEROUX, rue Chauveau-Lagarde, 16, id.
- 1877. LETULLE, rue Turbigo, 4, id.
- 1875. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.), rue d'Enghien, 30, id.
- 1876. MARCHANT (G.), rue de Rennes, 70, id.
- 1878. MARTIN (H.), rue Bonaparte, 47, id.
- 1881. MATHIEU, rue de Seine, 72, id.
- 1880. MAYGRIER, rue des Ecoles, 23, id.
- 1880. MERKLEN, avenue Perrier, id.
- 1882. NETTER, Hôpital Necker, id.
- 1875. OULMONT, rue d'Aumale, 9, id.
- 1882. OZENNE, Hôpital de la Charité, id.
- 1875. PETIT (Ch.-H.), rue des Bernardins, 48, id.
- 1873. PEYROT, rue Laffitte, 18.
- 1881. POIRIER, rue Gay-Lussac, 21, id.
- 1875. PLANTEAU.
- 1879. QUENU, rue Honoré-Chevalier, 4, id.
- 1875. REMY (Ch.), quai de Gesvres, 14, id.
- 1879. REYNIER, rue de Rome, 11, id.
- 1879. SEGOND, boulevard Saint-Michel, 65, id.
- 1882. SABOURIN, rue Montmartre, 103, id.
- 1880. SAVARD.
- 1880. STACKLER, rue Copenhague, 5, id.
- 1882. SUCHARD, Hôpital de la Pitié, id.
- 1880. TALAMON, rue Feydeau, 26, id.
- 1878. TAPRET, rue Volney, 9, id.
- 1881. VARIOT, rue Richer, 42, id.
- 1874. VOISIN (J.), rue du Faubourg-Poissonnière, 58, id.

Membres correspondants.

- 1874. AZFEROW, Charkhoff (Russie).
- ANDRAL (Léon), Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).
- 1882. ARNALDO-ANGELUCI, Rome.
- 1882. AUFFRET, rue de la Mairie, 25, Brest (Finistère).
- 1876. AUGER, Bolbec (Seine-Inférieure).
- 1874. BARÉTY, Nice (Alpes-Maritimes).
- 1881. BAUDRY, boul. de la Liberté, 53 bis, Lille (Nord).
- 1882. BEAUMANOIR (J.), chef des Travaux Anatomiques,
 style="padding-left: 2em;">Ecole Maritime, Brest (Finistère).
- BERCIEUX, Bourges (Cher).
- 1882. BERDINEL, place de la Bastille, 7, Paris.

6 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1879. BERGERON (Alb.), rue du Bac, 34, id.
BIDARD, rue de Suresnes, 9, Paris.
1880. BIDE, Madrid (Espagne).
BINET, Genève (Suisse).
BLAIN, Bernay (Eure).
1882. BLAISE, Montpellier (Hérault).
1870. BLANQUINQUE, Laon (Aisne).
BLUM, rue Joubert, 21, Paris.
1874. BOCHEFONTAINE, boulevard Saint-Michel, 38, id.
BOÉCHAT, Fribourg (Suisse).
1876. BOISSIER, rue Saint-Honoré, 217, Paris.
BONNET, Valence (Drôme).
1882. BOTTENTUIT, rue de Londres, 56, id.
BOUCHER, Corbeil (Seine-et-Oise).
BOUCHUT, rue de la Chaussée-d'Antin, 38, Paris.
1877. BOURCERET, rue d'Auteuil, 16, id.
BOUSSEAU, Cholet (Maine-et-Loire).
1880. BRUNEAU.
BRUTÉ, Rennes (Ille-et-Vilaine).
1879. BULTEAU (A.), Reims (Marne).
1878. BUTRUILLE, rue des Champs, 13, Roubaix (Nord).
CADET DE GASSICOURT, boul. Haussmann, 40, Paris.
1877. CADIAT, rue du Bac, 7, id.
1882. CARAFFI.
CARESME, rue de la Fidélité, 16, Paris.
CARION, Charleville (Ardennes).
1875. CARPENTIER-MÉRICOURT (fils), rue Villedo, 6, Paris.
CARVILLE, Menton (Alpes-Maritimes).
CAUCHOIS, Rouen (Seine-Inférieure).
1879. CHAVERNAC, Montpellier (Hérault).
1869. CAZIN, Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).
1880. CEPPI, Porrentruy (Suisse).
1881. CERNE (E.), Rouen (Seine-Inférieure).
CHALLAND, Lausanne (Suisse).
- CHEDEVERGNE, Poitiers (Vienne).
1879. CHENET, rue Mazagran, 15, Paris.
CHÉNIEUX, Limoges (Haute-Vienne).
1877. CHEVALET, rue de Grammont, 26, Paris.
1880. CHUQUET.
CLÉRAULT.
- COLIN, Ecole d'Alfort (Seine).
- CORNILLON, Vichy (Allier).
1880. COTTIN, place d'Armes, 10, Dijon (Côte-d'Or).
COULON, Eterpigny (Pas-de-Calais).
1876. COUSTON, Gursac (Gironde).
1876. COUTY.

- CURTIS**, Boston (Etats-Unis).
Cusco, rue Gluck, 2, Paris.
DAMASCHINO, rue de l'Université, 26, Paris.
 1877. **DAROLLES**, Provins (Seine-et-Marne).
 DECÈS (A.), Reims (Marne).
 DECORNIÈRE, Lisieux (Calvados).
 1874. **DEFOIX**, Buenos-Ayres (Brésil).
 1876. **DELAUNAY**, rue Cler, 43, Paris.
 DELBARRE, Cambrai (Nord).
 1874. **DEMANGE**, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
 1876. **DENY** (G.), place de la Madeleine, 6, Paris.
 DÉPÉRET-MURET, Limoges (Haute-Vienne).
 1880. **DESCHAMPS**.
 1878. **DEVILLE**, Harrogate (Angleterre).
 1875. **DIANOUX**, Nantes (Loire-Inférieure).
 1882. **DIETERLEN**.
 DIEULAFOY, rue Caumartin, 16, Paris.
 DODEUIL, Ham (Somme).
 DRANSART, Somain (Nord).
 DUBOIS, Abbeville (Somme).
 1881. **DUBAR**.
 DUBRUEIL, Montpellier (Hérault).
 DUBUC, rue de la Victoire, 61, Paris.
 DUMONTPALIER, rue Vignon, 24, id.
 DUPERTUIS.
 DUPLAY (S.), rue de Penthhièvre, 2, Paris.
 DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
 1878. **DUSAUSSAY**, rue Mogador, 5, Paris.
 ESPINE (D'), Genève (Suisse).
 EXCHAQUET, Bex, (canton de Vaud, Suisse).
 FARABEUF, rue de l'Ecole-de-Médecine, 7, Paris.
 FAURE (Louis), Riom (Puy-de-Dôme).
 FÉRÉOL, rue des Pyramides, 8, Paris.
 FERRAND, rue du Bac, 110, id.
 1881. **FERRAUD** (Jacques), Blois (Loir-et-Cher).
 1876. **FIROUPPE**, Marseille (Bouches-du-Rhône).
 1881. **FIRKET**, rue de la Fragurée, Liège (Belgique).
 FLEUROT, Dijon (Côte-d'Or).
 FOUCAULT, Fontainebleau (Seine-et-Marne).
 1876. **FOURESTIÉ**, Agen (Lot-et-Garonne).
 1876. **FOURNAISE**, rue des Francs-Bourgeois, 26, Paris.
 FOURNIER, rue Volney, 1, id.
 FRÉMY, rue de Rivoli, 180, id.
 GADAUD, Périgueux (Dordogne).
 1882. **GAILLARD**.
 1879. **GALLAND**, rue Jacob, 4, Paris.

1877. GALLOPAIN, Evreux (Eure).
 1877. GARNIER, rue de la Bastille, 6, Paris.
 1882. GARCÍAS-LAVIN, calle de l'Agusta, 113, Havane (Cuba) -
 GARSEAUX, boulevard Beaumarchais, 62, Paris.
 1876. GAUDRON, Besançon (Doubs),
 GELLÉ, rue Boulard, 33, Paris.
 GIRARD, Grenoble (Isère).
 1881. GIRON, avenue du Pont-Aurillac (Cantal),
 GOETZ, rue du Conseil-Général, 8, Genève (Suisse).
 1879. GOLAY, Genève (Suisse).
 GRANCHER, rue d'Anjou-Saint-Honoré, 65, Paris.
 GRIPAT, Angers (Maine-et-Loire).
 1874. GUILLAUMET, rue du Faubourg-St-Denis, 220, Paris.
 1878. GUINAND, rue Lanterne, 14, Lyon (Rhône).
 1879. GUYARD, rue Saint-Antoine, 236, Paris.
 1881. GUITER, rue Marceau, 1, Cannes (Alpes-Maritimes).
 GUYON, rue de la Ville-l'Evêque, 27, Paris.
 HABRAN, Reims (Marne).
 HALLEZ, Lille (Nord).
 1882. HADDEN, Saint-Thomas'Hospital, Londres.
 HAMY, boulevard Saint-Michel, 12, Paris.
 1878. HEYDENREICH, pl. Vandemont, 4, Nancy (M.-et-Mos.).
 HENROT, Reims (Marne).
 HERPIN, Tours (Indre-et-Loire).
 1876. HERPIN (O.), Tours (Indre-et-Loire).
 HERVEY, Troyes (Aube).
 1877. HORTELOUP, rue de la Victoire, 76, Paris.
 HUBERT, rue de Castellane, 6, id.
 HUCHARD, avenue des Champs-Élysées, 67, id. -
 1876. HUGONNEAU, Saint-Mathieu (Haute-Vienne).
 1880. HUTINEL, rue de la Boétie, 13, Paris.
 1876. ISZENARD, rue de la Boulangerie, 39, St-Denis (Seine).
 1879. JACQUEMART, rue Erlanger, Auteuil-Paris.
 1881. JAGOT, rue Bel-Air, 26, Angers (Maine-et-Loire).
 1881. JANVAND-DEZANNEAU, Airvault (Deux-Sèvres).
 1874. KELSCH, Lille (Nord).
 1876. KOMOROWSKI, Montdoubleau (Loir-et-Cher).
 1879. LABADIE-LAGRAVE, avenue Montaigne, 8, Paris.
 LABOULBÈNE, rue de Lille, 11, Paris.
 1882. LACAZE.
 1878. LACOMBE, boulevard Malesherbes, 20, Paris.
 LACROUZILLE, Périgueux (Dordogne).
 1876. LADMIRAL, rue du 14 Juillet, 7, Corbeil (S.-et-Oise).
 LADREIT DE LA CHARRIÈRE, rue Bonaparte, 1, Paris.
 1876. LAFONT, Bayonne (Basses-Pyrénées).
 LAFOUILHOUZE (P. DE).

1874. LAGRANGE, Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire).
 LAILLER, rue de Bruxelles, 3, Paris.
 LALLEMENT, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
 LANGLET, Reims (Marne).
1882. LARABRIE (E. DE).
 LAUGIER (Maurice), rue de Clichy, 14, Paris.
1881. LE BAIL, le Mans (Sarthe).
1882. LEBLOND, rue de Mulhouse, 9, Paris.
1877. LEBREDO, rue O'Reilly, 104, La Havane.
1874. LEBRETON, boulevard Sébastopol, 113, Paris.
 LEDIBERDER, Lorient (Morbihan).
1876. LEDOUBLE, Tours (Indre-et-Loire).
 LEDRU, Clermont-FERRAND (Puy-de-Dôme).
 LE FORT (L.), rue de la Victoire, 96, Paris.
1868. LÉGÉE, Abbeville (Somme).
1877. LÉGER, place Saint-Denis, 69, Amiens (Somme).
 LEMAISTRE, Limoges (Haute-Vienne).
 LEROY DES BARRES, Saint-Denis (Seine).
 LESOUËF, Cricquetot-Souville (Seine-Inférieure).
 LEVIEUX, Bordeaux (Gironde).
1841. LEVRAT, Lyon (Rhône).
1877. LOLLIOU, quai de Suresnes, 23, Suresnes (Seine).
1874. LUBIMOF, Moscou (Russie).
 LUTON, Reims (Marne).
 LUYS, rue de Grenelle, 20, Paris.
1879. MAGNANT, rue Turbigo, 57, id.
 MAINGAULT, rue de l'Arcade, 18, id.
 MALHERBE, père, Nantes (Loire-Inférieure).
 MALHERBE (Alb.), Nantes (Loire-Inférieure).
1874. MARCÉ, Nantes (Loire-Inférieure).
1877. MARCHAND, rue Lafayette, 83 bis, Paris.
 MARJOLIN, rue Chaptal, 16, Paris.
 MARTIN, Nevers (Nièvre).
 MARTIN (E.), Genève (Suisse).
1876. MARTINET, Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).
1879. MAUNOURY (G.), rue des Côtes, 51, Chartres (Eure-et-Loir).
1882. MAYOR, place du Lac, 1, Genève (Suisse).
1882. MÉRICAMP.
 MIERZEJEWSKY, Saint-Petersbourg (Russie).
 MOCQUOT, Appsigny (Yonne).
 MOLLOY, quai du Louvre, 16, Paris.
 MONOD (L.), rue des Ecuries-d'Artois, 5, Paris.
1880. MONOD (E.), Bordeaux (Gironde).
1878. MORISSET.
1880. MOSSÉ, Montpellier (Hérault).

10 LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

1876. MOTTA-MAIA, Rio-Janeiro (Brésil).
 1874. MOUTON, Cutz (Oise).
 MOYNIER, rue Caumartin, 19, Paris.
 NÉGRIÉ, Bordeaux (Gironde).
 1879. NITOT, rue de Provence, 18, Paris.
 NIVERT, rue Bayard, 22, Paris.
 NOVARO, Buenos-Ayres (République-Argentine).
 OLIVIER, Rouen (Seine-Inférieure).
 1881. ORNIÈRES, Port-Louis (Ile-Maurice).
 PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand (Aisne).
 PANAS, rue du Général-Foy, 17, Paris.
 PAQUET, Lille (Nord).
 PARIS, Angoulême (Charente).
 PARISE, Lille (Nord).
 1879. PASTEAU, boulevard Voltaire, 147, Paris.
 PASTEUR, rue d'Ulm, 45, Paris.
 PASTURAUD, Etampes (Seine-et-Oise).
 1879. PAUFFARD, Dijon (Côte-d'Or).
 PÉAN, place Vendôme, 21, Paris.
 1879. PEUGELLIER, Blanquy-sur-Bresle (Seine-Inférieure) -
 PELTIER, Sedan (Ardennes).
 PELVET, Vire (Calvados).
 PETEL, 20, rue Thiers, Rouen (Seine-Inférieure).
 1877. PETITFILS, Vierzon (Cher).
 1878. PETON.
 PEULEVÉ, Amiens (Somme).
 PEYRAUD, Libourne (Gironde).
 1877. PICHARDO, La Havane (Cuba).
 1881. PIÉCHAUD.
 PLANCHON, rue Cambacérès, 5, Paris.
 POISSON, Nantes (Seine-Inférieure).
 1874. POLYCHRONIE, Bucharest.
 1874. PONCET, Lyon (Rhône).
 PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
 RAGOT, Pont-Audemer (Eure).
 1878. RATHERY, rue Saint-André-des-Arts, 51, Paris.
 RAYMOND, Limoges (Haute-Vienne).
 1876. RAYMOND (F.), rue Chauveau-Lagarde, 5, Paris.
 1879. REIGNIER, Moulins (Allier).
 1882. REMY (Albert), avenue Victoria, 18, Paris.
 1880. RENAULT, rue d'Aumale, 6, Paris.
 REVERDIN, Genève (Suisse).
 REY, Gaillac (Tarn).
 RICHARD-MAISONNEUVE, rue Malher, 6, Paris.
 RICHER, boulevard Haussman, 21, Paris.
 1874. RIGABERT, Pont-d'Euvaux (Charente-Inférieure).

7. RONDOT, Bordeaux (Gironde).
8. ROSAPPEL, rue de Buci, 10, Paris.
ROQUES, rue Vignon, 14, Paris.
1. SAINTON, Tours (Indre-et-Loire).
- SAISON, rue de Madame, 10, Paris.
1. SCHWERING, Paris.
SCHLOSS, rue Hauteville, 20, Paris.
- SÉE (M.), boulevard Saint-Germain, 126, Paris.
4. SEUVRE, Reims (Marne).
- SÉZARY, Algérie.
- SIREDEY, rue Saint-Lazare, 23, Paris.
- SLAWJANSKI, Saint-Pétersbourg (Russie).
4. SOKEEL, Douai (Nord).
- SPIESS, Genève (Suisse).
6. STOICESCO, Bucharest.
3. VIDAL-SOLARÈS.
TARNIER, rue Duphot, 15, Paris.
- TEILLAIS, Nantes (Loire-Inférieure).
- TEISSIER fils, Lyon (Rhône).
- THAON, Nice (Alpes-Maritimes).
- THIBIERGE, rue d'Alger, 9, Paris.
- THIERRY, 37, rue Thiers, à Rouen (Seine-Inférieure).
7. THORENS, rue de Penthievre, 34, Paris.
- TILLAUD, boulevard Saint-Germain, 189.
- TONNET, Niort (Deux-Sèvres).
8. TORRÈS, Buenos-Ayres (République-Argentine).
- TRIPPIER, Lyon (Rhône).
7. ULLIAC, Collinée (Côtes-du-Nord).
- URDY, rue de la Banque, 1, Valence (Drôme).
- VERETTE, Sézanne (Marne).
7. VEYSSIÈRE, boulevard Saint-Germain, 218, Paris.
4. VIGUIER.
VILLARD, Guéret (Creuse).
- WARINGHEM, Calais (Pas-de-Calais).
- WAST, Vitry-le-Français (Marne).
11. WATSON.
14. WILBOUCHEVITCH (BORIS DE), Moscou (Russie).
10. ZEMBICKI, Wernhaus villa Czartoryski, Vienne (Autriche).



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

57^e ANNÉE. — JANVIER 1882.

Séance du 6 janvier 1882.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

1. M. DERICQ montre une *tumeur pédiculée de la vessie*. Le malade est mort d'hématurie.

2. **Anévrysme cirsoïde.** — **Abcès du cerveau** ; par
M. LADROITTE, externe des hôpitaux.

Le 11 novembre 1881, la nommée R..., Eugénie, âgée de 18 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. DESPRÉS, salle Sainte-Rose, n° 8, pour se faire traiter d'un anévrysme cirsoïde, du volume d'un œuf environ, siégeant au front, au-dessus de l'œil gauche. L'examen de la malade ne présente aucune autre particularité, sinon qu'elle est enceinte de 3 mois.

L'anévrysme est opéré le 3 décembre. Une incision courbe permet de détacher un lambeau comprenant toute la tumeur. — Ablation des vaisseaux dilatés par la face profonde. L'hémostase nécessite 27 ligatures. Elle est, de plus, complétée par la cautérisation du périoste du frontal, très vasculaire en ce point, au moyen d'amadou trempé dans le chlorure de zinc et par une compression modérée.

4 décembre. Pansement avec des cataplasmes continué

pendant 25 jours, temps nécessaire pour la guérison de la plaie. Chute des ligatures du 10^e au 15^e jour.

Le jour de l'opération, la malade ne présente aucun phénomène particulier; mais, le lendemain, pendant une demi-heure, elle présente une légère agitation avec pâleur, perte de connaissance, sans convulsions; fausse attaque d'épilepsie. Pas d'élévation de température.

23 décembre. Vomissements bilieux, céphalalgie, somnolence. Pouls lent. Des vésicatoires sont appliqués sur les tempes et la nuque; les accidents disparaissent.

27 décembre. Nouveaux vomissements. La malade reste continuellement assoupie, couchée sur le côté gauche, mais est facilement tirée de sa stupeur, soit lorsqu'on la touche, soit lorsqu'on lui adresse la parole, et, dans ce cas, répond nettement aux questions qu'on lui pose. Légère teinte bleuâtre de la face. Pupilles mobiles, non dilatées. Le pouls est lent et ne dépasse pas 60 pulsations par minute. La température oscille entre 37° et 37°,6, sans dépasser ce chiffre.

1^{er} janvier. Selles involontaires.

2 janvier. Un peu de délire dans la nuit. Vésicatoire la tempe.

3 janvier. La prostration augmente un peu; cependant la malade comprend ce qu'on lui dit et répond par signes aux questions qu'on lui fait. La tête est rasée et recouverte d'un large vésicatoire.

4 janvier. Le même état persiste. La céphalalgie semble avoir augmenté et correspondre plus spécialement à la partie du front occupée antérieurement par la tumeur, ce que la malade indique en portant fréquemment la main à la tête, du côté gauche.

M. Després avait diagnostiqué une compression cérébrale causée soit par un épanchement séreux dans les méninges, soit par un abcès du cerveau. Dans cette dernière hypothèse, il attendait, pour faire la trépanation, une élévation quelconque de température (1) qui permit d'assurer coup sûr la présence du pus. Mais, bien que cette élévation de température eût manqué, voyant s'aggraver l'état de la malade, il se disposait à intervenir quand la mort survint.

AUTOPSIE, pratiquée le 5 janvier. — Rien dans les viscères de l'abdomen ou du thorax. A l'ouverture du crâne les méninges paraissent saines. La dure-mère ne présente aucune adhérence anormale avec les os. La face interne de

(1) Le tracé de la courbe thermique est déposé dans l'album de la Société.

frontal correspondant au point occupé jadis par la tumeur est saine. La face externe au même niveau présente de légères traces d'inflammation et quelques points de nécrose superficielle due à la rugination et à la cautérisation nécessitées par la cure de l'anévrysme cirsoïde.

L'*arachnoïde* et la *pie-mère* ont un aspect un peu poisseux; leurs vaisseaux paraissent congestionnés. Au niveau de la corne antérieure du cerveau, elles établissent entre celui-ci et la dure-mère des adhérences dans une étendue de 1 cent. 1/2 carré environ.

Dans le lobe antérieur gauche du cerveau, à l'extrémité de la corne frontale, on trouve une collection purulente de la grosseur d'un œuf de poule. Elle est régulière, arrondie, exclusivement contenue dans la substance blanche et bien circonscrite.

En avant, où la paroi est la moins épaisse, elle est séparée des méninges par une couche de substance nerveuse saine de 5 à 6 millimètres d'épaisseur et constituée par la substance grise des première et deuxième circonvolutions frontales; c'est en ce point que se trouvaient les adhérences méningées que nous avons mentionnées. En haut, en bas et en dehors, la partie de substance cérébrale saine est beaucoup plus épaisse; en dedans et en arrière, elle est également séparée du prolongement antérieur du ventricule latéral par une épaisseur considérable de substance nerveuse saine. La paroi qui limite l'abcès est d'ailleurs un peu plus consistante que la substance nerveuse normale. Elle semble constituée par une membrane tomenteuse, blanchâtre, analogue à la membrane pyogénique des auteurs.

Quant au contenu de l'abcès, il est constitué par de la sérosité liquide, gluante et transparente contenant à la partie déclive du pus blanc un peu caillé et grumeleux; disposition qui diffère légèrement de ce qu'on observe habituellement. Les autres parties de l'encéphale étaient saines.

RÉFLEXIONS. — Deux points méritent d'être remarqués dans cette observation. 1° Bien qu'on soit en droit de rattacher au traumatisme chirurgical la production de l'abcès, il n'existait aucune lésion appréciable qui établît un lien entre la cause et l'effet; il n'y avait en effet aucune suppuration du périocrâne, du frontal ni de la dure-mère; il s'agit là d'un abcès du cerveau à distance, analogue à ceux qu'on observe à la suite des otites. 2° Pendant son évolution, l'abcès ne s'est révélé par aucun signe propre aux suppurations ordinaires qui permit de le diagnostiquer; la

température, qui est le meilleur guide en ce cas, est toujours restée normale; fait important à remarquer, puisque souvent c'est sur elle que l'on se fonde pour décider du moment de l'intervention chirurgicale.

3. Tubercule du testicule ; par M. RECLUS, chirurgien des hôpitaux.

La pièce que je présente n'a qu'un médiocre intérêt au point de vue de la nature de la tumeur; il ne s'agit en effet que d'un tubercule des testicules, mais il est fort rare de voir une lésion aussi peu avancée; c'est donc eu égard à l'âge de la dégénérescence que je vous montre ces testicules.

On trouve, au niveau de la peau de l'épididyme, un noyau du volume d'un pois, caséeux et ramolli; un noyau semblable existe au niveau de la tête; il est jaune, friable et s'étend jusqu'au niveau des cônes, et le prolongement se continue avec une dégénérescence analogue avec le rete testis. Cette dégénérescence est particulière; jaune à la périphérie elle devient transparente, opaline dans toute l'étendue du rete testis; puis, la masse dégénérée s'arrête, mais il s'en détache, comme d'un centre, une série de traînées divergentes qui se dirigent vers la périphérie. Ces traînées sont constituées par de petites granulations transparentes, du volume d'un petit grain de mil.

On voit donc que la dégénérescence a d'abord envahi l'épididyme, puis le rete testis et qu'enfin elle a gagné toute la glande. En tous cas, il semble qu'on trouve trois âges parfaitement inscrits sur la tumeur et qui nous montrent trois poussées successives de granulations.

4. Un cas de procidence du gros intestin d'une longueur de 90 centimètres. — Opération par excision. — Double rangée de suture. — Mort; par M. AUFFRET, professeur à l'école de médecine de Brest.

Les cas de chute de la muqueuse rectale ne sont pas rares; mais les cas de procidence du gros intestin avec invagination le sont beaucoup plus; ils sont même assez mal connus au dire des auteurs, grâce à l'insuffisance des descriptions comme à la rareté des cas.

Ce sont ces divers motifs qui nous ont engagés à présenter in extenso l'observation suivante, curieuse à plus d'un titre :

Mademoiselle J... a 25 ans; d'un tempérament rachiti-

que. Dans ses premières années, elle a eu des convulsions suivies de paralysie infantile et, depuis cette époque, elle est infirme. Les cuisses sont dans la demi-flexion sur le bassin, les jambes sont très rapprochées l'une de l'autre, immobiles, les articulations du genou ankylosées. Les membres supérieurs eux-mêmes sont partiellement frappés d'impuissance ; elle ne sort que dans une petite voiture, et, dans ses appartements, elle ne se meut qu'à l'aide de béquilles à la condition qu'une personne placée derrière la soutienne, sous peine de chute. Mais, en présence de ce naufrage presque complet des fonctions de la locomotion, les organes des sens ont conservé toute leur intégrité, les fonctions intellectuelles et les passions affectives leur vigueur, et, de sa chaise, la pauvre femme dirige la maison.

Depuis trois ans environ, époque à laquelle elle perdit sa mère, M^{lle} J... est fréquemment tourmentée par des troubles gastro-intestinaux et spécialement par des attaques de constipation opiniâtre et de pneumatose, accidents que calme l'usage du charbon de Belloc, des purgations répétées et des lavements dont la malade a de la tendance à abuser comme toutes les personnes très constipées. Mais parfois aussi, ces crises de constipation qui durent jusqu'à douze et quinze jours, sont, sans cause appréciable, suivies de débâcles qui la débarrassent pour quelque temps.

Le 26 octobre, à 9 heures 1/2 du matin, n'ayant pas été à la selle depuis plusieurs jours, elle s'administre un lavement à la suite duquel elle est prise d'un vif besoin d'aller à la garde-robe. Après quelques efforts, elle se sent subitement soulagée, elle ressent même un bien-être général. Elle a eu en effet une selle demi-liquide très abondante. Mais, au moment de quitter le siège, elle constate au fondement la présence d'une masse volumineuse. Elle a entendu parler d'hémorrhoides dont elle a parfois de légères atteintes, elle croit à une tumeur hémorrhoidale. Mais, une parente qui l'assiste, effrayée de la dimension de cette tumeur insolite dont elle ne peut définir la nature, me prie immédiatement de passer.

Je vois la malade une demi-heure après l'accident ; elle est couchée sur un lit bas, dans le décubitus latéral droit, les jambes dans la demi-flexion sur les cuisses. Elle n'éprouve aucune douleur et elle me dit très tranquillement qu'ayant eu besoin d'aller à la garde-robe, elle a poussé un peu fortement, qu'elle a eu une selle abondante suivie de l'élimination d'un corps volumineux qui adhère à l'anus ; qu'en tous cas, la sortie du corps l'a beaucoup soulagée,

qu'à part quelques vives coliques qui passent, elle se sent très à l'aise, qu'elle avait le ventre trop plein depuis longtemps, suivant sa propre expression, et elle me prie en grâce qu'on ne lui rentre pas dans le ventre ce qu'elle vient de rendre sous l'influence des efforts.

Je soulève les couvertures et je ne vois pas sans effroi, entre les cuisses de la malade, une anse intestinale de 0 m.,35, de longueur, de 0 m. 40 de circonférence à la base, très tuméfiée, très pesante, fortement injectée, d'un rouge foncé.

Ma première pensée fut de faire rentrer cette masse intestinale en son lieu et place, mais je dois avouer qu'après quelques efforts cette pensée fut bientôt suivie de la conviction que mes tentatives seraient vaines. Je jugeais du reste que je ne pourrais tenter tout seul cette manœuvre, car comment opérer un taxis efficace sur une masse aussi volumineuse, aussi épaisse, que les deux mains embrassent avec peine ? Je fis donc prévenir mon confrère, le D^r Guyot, médecin de 1^{re} classe de la marine, qui, par son jugement éclairé et par son assistance dévouée, devait m'être d'un secours précieux.

Il était 11 heures du matin ; la faiblesse de la malade était extrême ; le facies pâle, grippé ; plaintes incessantes ; nausées suivies de vomissements ; pouls très petit, très fréquent. Je commence par faire réchauffer la malade.

Etat local. Dans son ensemble, la tumeur est massive, pesante, globuleuse dans sa moitié supérieure, cylindrique dans sa moitié inférieure, sillonnée de plis transversaux caractéristiques du gros intestin, se terminant en cul de poche au niveau de l'orifice inférieur ; tout indique, à priori, que toutes les tuniques intestinales y prennent part et qu'il ne s'agit pas d'un décollement avec prolapsus de la muqueuse ; il y a donc invagination évidente et comme nous avons en double toutes les tuniques du gros intestin, il y a 0, m. 70 d'intestin hors de l'abdomen. C'est une véritable précipitation du gros intestin par l'anus. L'anse précédente a subi un véritable mouvement de torsion sur elle-même, elle décrit une légère courbure à inflexion antérieure, en crosse ; notons cependant qu'on lui inflige, en raison de sa longueur, la direction que l'on veut. La muqueuse en est très fortement injectée, marbrée par plaques, très foncée sur certains points ; inondée d'un liquide séro-sanguinolent. En palpant la tumeur, on aperçoit par intervalles la sensation d'une crépitation gazeuse, voire d'un gargouillement qui nous donne à penser que nous pourrions bien avoir affaire à cette disposition particulière qui

a été étudiée sous le nom de *hédrocèle*, c'est-à-dire que nous pourrions avoir une anse d'intestin grêle entre les deux cylindres du gros intestin. Au niveau du pédicule, la masse intestinale herniée est assez fortement comprimée, mais l'anus est dilatable grâce à la demi-paralysie du sphincter ; il est aisé d'introduire trois doigts de la main dans le fondement en les faisant pénétrer préalablement par l'extrémité libre de l'invagination et en remontant de bas en haut dans la portion invaginée. Si l'on introduit l'index entre les bords de l'anus et l'intestin, on peut circonscrire la tumeur qui est libre à son passage au niveau du sphincter et on sent comme une rigole circulaire, qui semble se terminer par un cul-de-sac à quelques centimètres au-dessus du bord libre de l'orifice anal, ce qui prouve que presque tout le rectum fait partie de l'anse procidente. Nous reviendrons sur cette disposition en parlant de la suture fixatrice.

En présence de cet accident si grave et tellement rare, dans les conditions actuelles, que l'on en cite à peine quelques cas incomplètement décrits, nous nous concertâmes sur la conduite à tenir, et, malgré les difficultés et les conditions déplorables de la réduction, nous crûmes devoir épuiser successivement tous les moyens rationnels qui étaient à notre disposition : le taxis modéré, à quatre mains aidé de la destruction de l'invagination par l'introduction dans l'orifice intestinal, d'une baguette de cerceau revêtue d'un fort tampon de ouate et de toile fine, les applications d'eau froide et de compresses glacées, ces divers moyens étant aidés de l'anesthésie chloroformique.

Par l'association de ces divers procédés, nous arrivâmes à une réduction partielle, à moitié environ, mais nous n'usâmes point du taxis forcé, car il était évident qu'un effort exagéré contusionnerait et romprait les tuniques ou, au moins, en altérerait la vitalité, et, du reste, pourrait-on remettre sans inconvénient dans la cavité abdominale une anse qui, par son volume et par la destruction de ses adhérences normales, a perdu droit de domicile ? Nous remarquons, en opérant le taxis, qu'il est accompagné de vives coliques abdominales, d'effort de défécation et de crépitation gazeuse dans la masse comprimée.

La malade a supporté ces manœuvres avec courage ; mais elle est épuisée, le pouls est très petit, très facilement dépressible au delà de 120. Elle réclame le repos, et nous la laissons à 2 heures de l'après-midi après avoir appliqué sur la tumeur des compresses d'eau phéniquée tiède avec avis d'arroser toutes les heures.

Je la revois à 6 heures du soir ; il y a encore eu des coliques et la longueur de l'intestin procident a augmenté ; la mensuration me donne 0,45, ce qui, grâce à l'invagination, fait 0,90 d'intestin pendant. La patiente prie instamment qu'on la débarrasse de cette dégoûtante infirmité ; mais comme plusieurs des membres les plus proches de la famille sont absents et qu'ils ne peuvent être près d'elle que le lendemain, qu'après tout, il n'y a pas urgence d'une intervention immédiate, nous remettons au lendemain matin le soin de prendre un parti.

La nuit a été mauvaise, agitée, on a dû, à plusieurs reprises, modifier le décubitus et mettre successivement la malade sur l'un et l'autre côté. Le volume de la tumeur est énorme, mais la longueur à 0,02 près est la même ; l'aspect en est repoussant, d'un rouge foncé avec plaques d'un gris noirâtre ; l'odeur en est pénible à supporter et tout indique que la gangrène va faire des progrès.

Quoique ce soit là un mode possible d'élimination et de guérison, après avoir mûrement réfléchi, nous nous demandons si nous devons laisser cette malheureuse jeune fille dans l'état lamentable où elle se trouve, exposée à tous les accidents d'une élimination par gangrène à une portion intestinale aussi étendue, à l'infection qui accompagnera cette élimination, à l'excessive difficulté des soins chez une personne infirme qu'il faut à tout prix changer de position plusieurs fois par jour. Quoique les chances de guérison soient de part et d'autre très limitées, les données de la chirurgie actuelle, l'usage des antiseptiques sévèrement employés, les sutures méthodiquement appliquées, ne nous offrent-elles pas une chance de succès que l'abandon de la malade à elle-même ne peut nous fournir. Nous ouvrirons le péritoine, il est vrai, mais ne le fait-on pas journellement en s'entourant de toutes les précautions opératoires que les progrès modernes de la chirurgie mettent à notre disposition ? Après discussion nous éliminons immédiatement l'opération qui aurait pour but la pratique d'un anus artificiel dans l'aîne gauche, avec abandon et élimination de l'anse procidente par gangrène. Ce seraient tous les inconvénients que nous voulons éviter sans avantages. Nous repoussons encore plus la manœuvre qui consisterait à pénétrer dans la cavité abdominale par une incision de la paroi et à faire rentrer l'anse procidente en exerçant des tractions de bas en haut pour des motifs qui ressortent de tout ce que nous avons dit, et nous adoptons le procédé de l'excision de l'anse.

J'expose nettement à la famille le pour et le contre, sans

lui rien cacher, sans rien atténuer, et elle opte sans hésitation pour l'opération que la malade réclame du reste avec fermeté, s'étonnant à diverses reprises que nous ne l'ayons pas déjà commencée.

Je prie mon collègue, le D^r Orhon de se joindre à nous, et il a la bonté de surveiller la chloroformisation qui sera laborieuse. Après avoir discuté de point en point le manuel opératoire, nous arrêtons : 1° Que nous commencerons par pratiquer une incision exploratrice de 0,05 comprenant toute l'épaisseur des tuniques de la partie invaginante afin de nous assurer s'il y a ou non une anse d'intestin grêle entre les deux doubles du gros intestin ; 2° Que, si cette complication n'existe point, nous pratiquerons une double rangée de sutures, l'une supérieure, au fil d'argent, ayant pour but de fixer solidement toute l'épaisseur de la portion invaginée au pourtour de l'anus de manière à éviter tout retrait et toute ascension de l'intestin procident ; l'autre au catgut, qui sera pratiquée à 0,03 au-dessous de l'anus et qui, accolera par adossement les deux faces de la séreuse péritonéale ; 3° Que la section de l'anse procidente sera opérée à 0,01 au-dessous de la seconde rangée des sutures à l'aide de l'écraseur linéaire.

L'opération est commencée à 2 heures ; toutes les précautions antiseptiques sont prises, le pulvérisateur phéniqué à vapeur fonctionne, tous les instruments et les doigts des opérateurs et aides sont passés à l'eau phéniquée forte. La malade est dans le décubitus latéral droit ; le poulx est très petit, très fréquent à 140 ; elle est du reste très énergique et très décidée.

Je pratique la 1^{re} incision exploratrice de 0,05 comprenant toute l'épaisseur de l'intestin invaginant (y compris le péritoine) sur la partie globuleuse du prolapsus qui se présente à nous, de façon à explorer avec le doigt tout l'espace compris entre le 1^{er} double et l'intestin invaginé ; je tombe dans une loge où se trouve incluse l'anse invaginée qui nous offre tous les caractères du colon, la séreuse péritonéale étant du reste la première qui s'offre à nos regards. En remontant de bas en haut jusqu'à l'aîne, nous constatons que des adhérences se sont déjà produites sur plusieurs points entre les deux faces du péritoine adossées, mais nous constatons sans peine l'absence de toute anse interposée. La forme recourbée de l'anse procidente n'est donc pas un signe absolu de la présence de l'hédrocèle, non plus que le gargouillement et la crépitation gazeuse que nous avons perçus pendant le taxis, à moins d'admettre que dans les efforts mêmes du taxis,

nous ayons réduit une anse d'intestin grêle interposée, ce qui est possible. Mais dans une aussi longue portion d'intestin hérissé, nous pouvons admettre la présence de gaz qui suffiraient pour expliquer ce gargouillement.

Je pratique une seconde incision, analogue à la précédente et de même longueur, sur l'intestin invaginé de façon à rendre facile l'application de quatre points de suture au fil d'argent en avant, en arrière et sur les côtés de la marge de l'anús, fixant, comme nous l'avons dit, l'intestin invaginé au sphincter, afin d'éviter toute ascension quand la section de l'anse procidente sera effectuée. Le passage des fils d'argent se fait sans difficulté, de dedans au dehors, grâce à la double incision longitudinale dont nous avons parlé qui permet d'entrer dans l'intérieur de la seconde anse.

On procède alors à la suture des deux portions d'intestin invaginante et invaginée. Cette suture par laquelle nous nous proposons l'adossement des deux surfaces péritonéales enveloppante et enveloppée est pratiquée à 0,03 audessous du niveau de l'orifice anal; 18 points de suture au catgut sont ainsi placés par M. Guyot, à 0,01 d'intervalle les uns des autres, pour obtenir l'affrontement exact.

L'ablation de l'anse est alors effectuée. A ce moment nous donnons la préférence à l'instrument tranchant. Nous appliquons 9 pinces à forci-pression sur les principaux vaisseaux que nous apercevons par transparence à travers le péritoine et je pratique rapidement, avec de forts ciseaux, une section très nette des doubles intestinaux à 0,01 audessous de la couture au catgut. Les pinces sont enlevées après ligature des vaisseaux qu'elles compriment. L'opérée n'a pas perdu 10 grammes de sang, mais nous constatons qu'il y a déjà coagulation du sang dans les veines sectionnées.

La malade endormie avec beaucoup de circonspection par le Dr Orhon pendant la première partie de l'opération seulement, grâce à son extrême faiblesse, a bien supporté l'opération qui a duré en tout 2 heures; elle n'a pas souffert. Elle prend avec plaisir du bouillon, du malaga, mais elle demande avec instance à être changée de côté. Cette évolution quoique accomplie avec beaucoup de prudence et de ménagements déprime la malade dont la faiblesse augmente; le pouls est filiforme. On l'entoure d'eau chaude. Elle s'entretient avec les personnes qui l'entourent.

Elle reste 2 heures dans cette position. Je la revois à 8 heures du soir; elle est calme, mais le pouls est très petit, très fréquent à 145. Grâce à son infirmité qui l'oblige

à changer souvent de côté, elle me supplie malgré mes pressantes observations, de la remettre sur le côté droit. Je résiste le plus que je peux à cette nouvelle évolution dont je crains les conséquences, la circulation étant très faible. J'y obtempère enfin grâce à ses supplications répétées; mais à partir de ce moment la faiblesse s'accroît et la malade indique toutes ses volontés dernières sentant que sa fin approche. La mort a lieu dans la nuit.

Examen de la pièce anatomique. — La pièce, après excision, a 0,80 de longueur; elle comprend le rectum presque tout entier et l'S iliaque du colon, la section de la partie invaginée ayant été faite à la partie inférieure du colon descendant, il est inutile d'insister sur la double section péritonéale par suite de la chute du cul-de-sac. L'invagination est complète, et nous ne pouvons mieux comparer la pièce qu'à deux tubes de longue-vue rentrés l'un dans l'autre. La muqueuse de la couche invaginant est d'un brun foncé, excoriée par plaques; la partie invaginée, au contraire, protégée par la gaine enveloppante, conserve ses caractères normaux: la séreuse en est brillante, saine, on dirait un colon enlevé avec précaution de la cavité abdominale.

Il est facile du reste, par des mensurations comparées, de restituer à la partie procidente son véritable caractère. Le rectum a, d'après Sappey, de 18 à 22 centimètres. Le gros intestin tout entier 1 m. 65 environ. Si nous retranchons de ce dernier chiffre 0,90, longueur de l'intestin procident, et en tenant compte de 0,05, hauteur approximative du cul-de-sac au niveau de l'anus, nous voyons que la procidence a dû se faire jusqu'à l'angle du colon transverse avec le colon descendant, et peut-être même comprendre une portion du colon descendant, car il y avait près des 3/5 du gros intestin hors de la cavité abdominale. L'autopsie du corps n'a pu être faite.

RÉFLEXIONS. — De cette observation nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° La procidence de l'intestin ne peut être confondue avec la muqueuse rectale; elle peut être énorme et intéresser la plus grande partie du gros intestin; cette procidence énorme rend alors la réduction impossible.

2° L'invagination à l'S iliaque du colon iliaque s'explique assez bien par la laxité relativement grande du méso-colon iliaque. La chute du rectum lui-même est plus difficile à interpréter; du reste, elle ne semble pas être complète. Le

cul-de-sac de plusieurs centimètres dans lequel on introduit le doigt entre le sphincter et la muqueuse le prouve.

3° La forme en crosse de la partie procidente paraît être un signe pathognomonique de la présence d'une anse intestinale interposée entre les doubles du gros intestin (hédrocèle) comme il a été dit; il en est de même de la présence des gargouillements perçus sous l'influence du taxis. La réduction dans les cas de procidence volumineuse, ne saurait être tentée qu'avec beaucoup de ménagements.

4° Avec les ressources de la chirurgie moderne, l'excision, dans les cas de procidence très étendue n'est pas une opération au-dessus des ressources de l'art.

5. Des caractères anatomiques de la contusion cérébrale, servant à la différencier d'un foyer hémorrhagique ou d'une plaque de ramollissement. — Importance médico-légale; par M. Gérard MARCHAND, prosecteur de la Faculté.

Est-il possible de distinguer une hémorrhagie cérébrale ou un ramollissement ayant produit une perte de connaissance, une chute et un traumatisme du crâne, d'une lésion nerveuse consécutive à une fracture du crâne? Telle est la question qui a été soulevée dans la dernière séance à propos d'une communication de M. Caraffi, interne des hôpitaux. Ce n'est pas la première fois que la Société anatomique est saisie d'une pareille question: déjà il y a trois ans le problème s'agitait, et nous entendions les membres les plus autorisés de cette société attribuer à du ramollissement cérébral, à une apoplexie capillaire, des altérations qui doivent être rapportées à de la contusion cérébrale.

Dans notre travail sur *les épanchements sanguins intracrâniens consécutifs au traumatisme* (thèse 1881), nous avons abordé et résolu, croyons-nous, ce point litigieux.

Deux ordres de preuves permettent de rapporter à leur véritable cause les lésions nerveuses contemporaines d'une fracture du crâne: 1° Le siège de ces lésions par rapport à la fracture; 2° Leurs caractères macroscopiques (nature, forme, étendue, etc., etc.)

1° *Valeur du siège de la lésion par rapport à la fracture.* — Lorsqu'une fracture du crâne crée une lésion nerveuse, la destruction de la substance cérébrale occupe deux points déterminés: tantôt l'altération encéphalique répond au point même de la fracture, tantôt au point diamétralement opposé; dans le premier cas, on a affaire à de la

contusion directe; dans le second cas, on se trouve en présence de la contusion indirecte, de ce que nous avons appelé la contre-contusion (1).

Lorsque la contusion cérébrale correspond à la plaie contuse osseuse, c'est-à-dire à la fracture, il ne viendra à l'idée de personne de contester le rapport de causalité qui unit l'une à l'autre; mais si cette attrition nerveuse occupe un point éloigné de la fracture, si surtout cette désorganisation nerveuse revêt l'aspect d'un foyer d'hémorragie cérébrale, ou d'une plaque de ramollissement, il peut y avoir contestation: c'est ce qui s'est produit souvent au sein de cette société.

Eh bien! dans ces cas douteux, il faut tenir un grand compte du siège de la contusion; car l'observation révèle qu'elle occupe une zone nerveuse diamétralement opposée au foyer de la fracture. Ainsi un blessé tombe sur le côté droit de la tête: l'examen macroscopique révèle l'existence d'une fracture temporo-pariétale à droite, d'une lésion nerveuse à gauche dans le lobe sphénoïdal. Qu'on ne vienne pas nous objecter que la lésion nerveuse gauche est le résultat d'un traumatisme local, car il n'existe de ce même côté dans les observations rapportées dans le travail déjà cité, ni traces de fracture, ni même traces de contusion des parties molles.

Nous venons de supposer le cas le plus fréquemment observé: fracture temporo-pariétale d'un côté, contusion cérébrale dans la corne sphénoïdale du côté opposé; mais il nous a été possible de recueillir des faits plus intéressants encore, des fractures de la voûte du crâne avec des suffusions sanguines de la base des hémisphères, des fractures de l'occipital avec des altérations des lobes frontaux; enfin nous pourrions citer les exemples de *contusions* non seulement opposées, mais *croisées* pour ainsi dire; ainsi une fracture de la moitié droite de l'occipital s'accompagnant de la contusion cérébrale du lobe frontal du côté gauche.

Le tableau suivant rappelle la concordance des lésions osseuses et des lésions de la substance cérébrale.

Fracture pariéto-temporale droite.	Contusion au pourtour de la corne sphénoïdale gauche.
Fracture des deux moitiés de l'occipital.	Contusion des lobes antérieurs du cerveau.

(1) La contusion cérébrale directe et indirecte qui a donné lieu à des théories nombreuses est indiscutable au point de vue de son existence: nous renvoyons à notre travail (p. 65 et suiv.), dans lequel nous avons cherché à établir sa validité.

Fracture de la moitié droite de l'occipital. Contusion du lobe frontal gauche.

Fracture de la voûte du crâne. Contusion de la base de l'encéphale.

Ce serait assurément forcer les faits que d'assigner une limitation exacte à ces lésions indirectes ; il est usuel de les voir rayonner autour d'un territoire voisin de celui que nous venons de leur fixer.

L'expérimentation, en permettant de reproduire chez les animaux des contusions cérébrales obéissant à ces lois, serait un argument péremptoire que l'on pourrait opposer à ceux qui doutent de la réalité de la contusion indirecte.

Nous croyons que, dans ce débat, il faut laisser absolument la théorie de côté ; car peu importe, aujourd'hui du moins, l'explication en présence du fait, et nous croyons pouvoir établir cette première conclusion :

Les lésions nerveuses dans les fractures du crâne, qu'elles revêtent les apparences d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral, siègent dans le point même de la fracture lorsque la contusion est directe, dans les zones diamétralement opposées et quelquefois croisées, dans le cas de contusion cérébrale indirecte.

2° *Valeur des caractères macroscopiques de la lésion nerveuse.* — Indépendamment de la corrélation pathologique intime entre la zone osseuse contusionnée et la zone nerveuse désorganisée, on trouve dans l'aspect même de la lésion nerveuse des caractères particuliers qui permettent de ne pas la confondre, soit avec une hémorrhagie cérébrale, soit avec un foyer de ramollissement.

Dans l'hémorrhagie cérébrale le foyer siège dans l'épaisseur de la substance cérébrale ; on pourrait dire qu'il affecte une zone et même des artères de prédilection, (artères opto-striées), dans un territoire plus ou moins limitrophe de la zone corticale ; le foyer sanguin est primitivement intra-cérébral et ce n'est que secondairement que, rompant les digues nerveuses, il vient s'épancher, soit dans les cavités ventriculaires, soit sous la pie-mère en dehors des circonvolutions. Bien différents sont les caractères anatomo-pathologiques des lésions appartenant à la contusion cérébrale, dite par contre-coup : ce sont les plaques sanguines irrégulièrement disséminées et non des foyers uniques ; ces plaques sont ovalaires, circulaires ou elliptiques ; elles consistent, pour M. Duret qui les a reproduites dans ses expériences et figurées dans les planches si intéressantes jointes à sa thèse, en *ecchymoses*, en *phlyctènes*.

nes sanguines soulevant la pie-mère, en sillons sanglants, en petits foyers milliaires, ou en sablé sanguin (p. 98 de la thèse de M. Duret), termes expressifs qui rendent inutile toute explication.

La confusion des lésions de la contusion cérébrale avec un foyer d'hémorrhagie cérébrale est donc difficile en raison de ces caractères, mais la confusion avec une plaque de ramollissement cérébral a été faite : la variété de ramollissement connue sous le nom d'apoplexie capillaire de Cruveilhier se rapproche du premier degré de la contusion cérébrale, mais il suffit de se rappeler les descriptions anatomo-pathologiques de la contusion cérébrale pour ne pas tomber dans l'erreur.

Les plaques noirâtres ou d'un brun foncé, isolées ou réunies par quelques points de leur circonférence, sont formées dans la contusion cérébrale du mélange de la substance grise réduite en une sorte de pulpe, avec du sang épanché et coagulé : autour d'elles existe une première zone pointillée en noir ; puis une seconde zone pointillée en rouge ; enfin une troisième zone d'une coloration rouge. Ces plaques ont de trois à quatre lignes d'épaisseur, et alors la substance blanche participe plus ou moins à l'altération qui le plus souvent cependant est bornée à la substance grise. Indépendamment de ces lésions de l'écorce, on trouve souvent dans l'épaisseur des circonvolutions comme l'a déjà signalé Bergmann, de petites vacuoles variables de nombre qui contiennent de petits caillots noirs et arrondis.

Nous pouvons donc formuler cette seconde conclusion : « Les lésions de la contusion cérébrale par cause indirecte ont des caractères macroscopiques spéciaux qui les différencient des lésions créées par une hémorrhagie cérébrale ou par un ramollissement. »

M. Charcot se demandait si l'altération préalable des artères (athérome), ne favorisait pas leur rupture et ne rendait pas plus faciles les lésions de la contusion contemporaines de la fracture : c'est là, à coup sûr, une condition prédisposante, mais qui manque dans bien des cas où on a noté la coexistence d'une fracture du crâne et d'une lésion nerveuse à l'opposé.

La conclusion générale et scientifique à tirer de ces faits est la suivante : Toutes les fois qu'à une fracture du crâne correspondra dans le point diamétralement opposé une lésion nerveuse, que cette lésion nerveuse se présentera avec les caractères macroscopiques que nous venons de déterminer, on sera autorisé à conclure que la fracture du crâne

est primitive et la contusion cérébrale secondaire, consécutive, même dans le cas où la contusion cérébrale se présenterait avec les apparences d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale, ou d'une plaque de ramollissement.

Mais cette discussion a plus qu'un intérêt scientifique : elle touche à une question médico-légale importante. Un individu est trouvé mort sur la voie publique : à l'autopsie on constate une fracture du pariétal droit, par exemple, et une désorganisation de la substance nerveuse, à gauche (corne sphénoïdale). Dira-t-on que cet individu a été atteint d'un ramollissement cérébral ou d'une hémorrhagie cérébrale, et que, dans sa chute il s'est produit secondairement, fortuitement une fracture du crâne? Si nos explications ont été bien comprises, le diagnostic du médecin légiste sera tout différent : fracture du crâne, lésion par contre-contusion. — Il recherchera si la fracture a été accidentelle ou le résultat d'une violence criminelle.

6. M. CASTEX montre un volumineux *angiôme caverneux du cou* développé sur le trajet de la jugulaire externe.

7. M. RÉGNIER présente une *synovite fibreuse de l'articulation coxo-fémorale*.

8. *Élection.* — M. AUFFRET est nommé membre correspondant de la Société.

Séance du 13 janvier 1882.

PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

9. M. BABINSKI communique les pièces d'un malade qui, durant la vie, avait présenté des symptômes de *cirrhose du foie* ; ascite très considérable, hématomésès. Il existait en même temps un souffle au premier bruit et à la base. L'autopsie a montré les lésions suivantes : un cœur petit et gras avec lésions athéromateuses des valvules aortiques et mitrales. Le foie est cirrhotique et gras, le rein légèrement sclérosé. Il existe des varices œsophagiennes à la partie inférieure de ce conduit.

10. M. MATHIEU communique les résultats de l'examen microscopique de pièces antérieurement présentées à la Société. Il s'agit d'un *tuberculeux* chez lequel on avait été

amené à commettre une erreur de diagnostic anatomique et à considérer comme cancéreuses des lésions qui étaient en réalité de nature tuberculeuse.

11. Bassin rachitique et scoliotique très rétréci (51 millimètres). — Opération de Porro. — Mort ; par M. J.-M. CARAFI, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique un bassin rachitique et scoliotique, qui me paraît offrir un certain intérêt au point de vue de la pelvimétrie et des conclusions qu'on doit tirer, pour la pratique des rapports entre le diamètre conjugué vrai et le diamètre sacro-sous-pubien lorsqu'il s'agit de mesurer un bassin très rétréci.

La nommée Ar..., femme F... âgée de 43 ans, mariée depuis un peu plus d'un an, est entrée à la Maternité de Cochin, service de M. le D^r J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, le 17 janvier 1880, dans l'après-midi. Elle est à terme ou très près du terme de sa première grossesse. Les douleurs ont commencé depuis deux jours, et, c'est parce que son travail n'avance pas qu'elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A... nous offre un des types extrêmes de l'ensemble des déformations engendrées par le rachitisme : elle est vraiment monstrueuse. Tout le squelette a éprouvé les malformations, les courbures anormales et les arrêts de développement du rachitisme le plus avancé.

Sa taille est de 113 centimètres. Sa tête est un peu volumineuse et le prognatisme est assez accusé. La scoliose est très accentuée, la couture lombaire est concave à droite, il existe, naturellement, une courbure dorsale de compensation. Les membres supérieurs sont très déformés et proportionnellement trop longs. Mais ce sont les déformations du bassin et des membres inférieurs qui attirent surtout l'attention. Les cuisses plus courtes que les jambes, sont arquées à concavité antéro-interne. Le ventre tombe en besace au-devant des cuisses, par suite de l'étroitesse des cavités pelvienne et abdominale, atteint les genoux par sa partie la plus déclive.

Le bassin est manifestement rétréci, l'inspection seule suffit déjà pour constater ce fait : mais les mensurations intra-pelviennes confirment le degré extrême de cette étroitesse. Par le toucher on tombe tout de suite sur la face antérieure du sacrum anormalement aplatie. La seconde pièce du sacrum est beaucoup plus rapprochée de la symphyse pubienne que le promontoire.

Le diamètre conjugué diagonal a offert, pour les différents accoucheurs qui l'ont mesuré, de 75 millimètres à 85 millimètres : il faut ajouter cependant que le plus grand nombre de pelvimétries se rapprochaient beaucoup de 8 centimètres comme maximum. Si on s'était borné à faire la déduction de 15 millimètres, qui est aussi exacte pour les bassins modérément rétrécis qu'erronée pour les bassins très étroits on aurait pu croire que le diamètre promonto-pubien était de 65 millimètres. Cette dimension était cependant excessive comme on le soupçonna du vivant de la malade et comme on peut facilement le constater sur le bassin préparé que j'ai l'honneur de vous montrer : en effet, sur le bassin où le diamètre promonto-sous-pubien a 75 millimètres, au moins, tandis que le diamètre promonto-pubien n'a que 50 à 51 millimètres : différence de 24 à 25 millimètres.

Cette étroitesse considérable est due, d'une part, au déjet de l'angle sacro-vertébral à gauche, alors que la symphyse est déjetée en sens inverse et, d'autre part, à la situation beaucoup plus postérieure du pubis gauche, qui est comme enfoncé dans le bassin, à un demi-centimètre en arrière de l'autre. L'épine pubienne gauche fait une saillie très considérable en arrière et ajoute encore à l'angustie du bassin. Notons encore, ce qui est la conséquence de ce que nous venons de dire : le bassin est asymétrique et la moitié droite est beaucoup plus large que la gauche. Les crêtes iliaques sont très inégales quoique toutes deux déjetées en dedans; la gauche est très recourbée sur elle-même en cornet.

Voici le résultat des différentes mensurations faites sur le bassin osseux.

Périmétrie externe :		
Diamètre de Baudelocque	153	millimètres.
D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre	245	—
Distance séparant les crêtes iliaques.	243	—
Détroit supérieur :		
Diamètre antéro-postérieur.	51	millimètres.
— oblique gauche	94	—
— oblique droit.	101	—
— transverse.	138	—
Détroit inférieur :		
Diamètre antéro-postérieur	80	millimètres.
— oblique gauche.	90	—
— oblique droit	85	—
— transverse.	117	—
Excavation :		

Hauteur paroi postérieure.	118	millimètres.
— paroi latérale.	77	—
— paroi antérieure.	30	—

Mandé au moment de l'entrée de la parturiente, notre maître, M. le D^r Championnière, avait décidé de recourir à la céphalotripsie pour terminer l'accouchement dès que la dilatation de l'orifice de la matrice permettrait d'intervenir.

18 janvier. Soir. Pendant les vingt-quatre heures que la parturiente a passées dans le service, les douleurs accompagnées de contractions énergiques n'ont pas cessé. Les souffrances étaient tellement vives que dès qu'on venait à suspendre les inhalations de chloroforme elle poussait des cris déchirants et suppliait qu'on lui ouvrit le ventre car elle ne pourrait jamais accoucher autrement.

La dilatation de l'orifice n'a pas fait beaucoup de progrès; elle a le diamètre d'une pièce de cinquante centimes; du liquide amniotique mélangé de méconium s'écoule à travers l'orifice. On entend encore les battements du cœur fœtal.

La parturiente est très fatiguée, elle a eu quelques vomissements; il est impossible d'attendre davantage; elle réclame d'ailleurs impérieusement qu'on intervienne et qu'on la délivre, aussi accepte-t-elle avec empressement la proposition de l'opération de Porro.

L'opération fut faite à 7 heures du soir sans aucun incident appréciable (si ce n'est la rupture du premier fil métallique liant le pédicule, remplacé aussitôt par un second fil) après anesthésie complète et sous le spray phéniqué.

L'enfant était asphyxié et fut ranimé après vingt minutes de respiration artificielle.

Vers 4 heures, la malade se plaignit de vives douleurs dans le ventre et fut, bientôt après, en proie à une crise d'hystérie convulsive d'une violence inouïe. Deux injections de morphine la calmèrent et elle passa le reste de la nuit dans le sommeil morphinique, se mouillant de loin en loin et se plaignant de souffrir dans le ventre.

19 janvier. La température s'élève à 39° et bientôt après elle fut prise de dyspnée, de vomissements porracés et succomba vers 5 heures de l'après-midi. (1)

A l'autopsie on constata une hémorrhagie externe modérée s'étant fait jour à travers le pédicule dont la ligature s'était un peu desserrée sous l'influence des violents efforts

(1) Pour plus de détails voyez thèse de Magnier, Paris, 1880.

auxquels la malade s'était livrée pendant son attaque d'hystérie convulsive.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2880 gr. Elle succomba le 23 janvier.

RÉFLEXIONS. — Nous avons tenu à présenter ce bassin pour prouver la nécessité de faire des déductions beaucoup plus grandes que celles qu'on fait d'ordinaire lorsque, connaissant la mesure exacte du diamètre conjugué diagonal (promonto-sous-pubien), on veut savoir celle du diamètre conjugué vrai (promonto-pubien). Dans les bassins *très retrécis* et compliqués de scoliose il faut déduire au moins *deux centimètres et demi* si on veut éviter l'erreur. Plusieurs accoucheurs ont déjà insisté sur ce point, tels sont : Naegelé, Daniau, Matthews, entre autres, mais cette notion n'a pas encore pris, dans la pratique, l'importance qu'elle mérite, de là l'utilité de vulgariser ce point d'obstétrique en l'appuyant sur des faits.

12. Eloge de Henry Clozel de Boyer ; par M. LANDOUZY,
vice-président de la Société anatomique.

On l'a dit ici, déjà, à propos de plusieurs de nos collègues, tombés comme Clozel de Boyer avant l'heure, les éloges académiques ne sont pas réservés pour notre âge, et pourtant, si le panégyriste peut louer sans flatterie c'est surtout quand il s'agit de cette époque de la vie où l'homme encore bercé par les illusions, n'a encore sacrifié qu'aux idées de devoir, qu'à l'ardeur d'apprendre, qu'au désir de produire.

Le peu qu'on a fait alors, on l'a fait sans orgueil, sans idée de supériorité : on travaille à notre âge comme on aime, sans arrière-pensée, sans calcul, avec un désintéressement qu'on ne retrouvera jamais plus à aucune époque de la carrière,

Désir de savoir, amour de la recherche, curiosité inassouvie, telles étaient les qualités maîtresses de Clozel de Boyer qui avaient fait de lui l'interne laborieux et dévoué, l'esprit ingénieux, le médecin chercheur que vous avez connu.

Notre collègue se livrait assez, toujours et à tous, il nous apportait ici trop le meilleur de lui-même pour que j'aie besoin de m'étendre longuement sur la perte qu'a faite la Société Anatomique ; l'étendue de cette perte, nous l'avons tous ressentie cruellement avant même qu'elle ne nous ait

été dite par ceux de nos maîtres et de nos collègues qui avaient le plus connu de Boyer, par MM. Parrot, Bourneville et Ballet qui ont si dignement loué notre ami.

A la Société Anatomique où il se montrait assidu, comme partout où il avait passé, de Boyer avait donné beaucoup plus déjà que des espérances : pour ne parler que des principales de ses recherches, vous avez présente à l'esprit cette série de communications sur la clinique, sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de l'appareil nerveux ; ces communications faites avec autant de soin, de netteté que de verve, devaient servir de solides assises pour l'édification de sa thèse inaugurale.

A partir de 1877, de Boyer prit une part des plus actives à nos travaux, enrichissant nos Bulletins de la relation de faits toujours rigoureusement observés, interprétés dans un sens critique très droit et toujours vivifiés par des dessins qui, dénotant chez leur auteur de véritables qualités d'artiste, rappelaient ses attaches à l'École des Beaux-Arts où il fut très apprécié comme préparateur du cours d'anatomie.

Je ne puis que rappeler brièvement, parmi les plus marquantes communications de notre collègue, la relation qu'il fit successivement de trois cas de lésions encéphaliques latentes ; d'un cas d'aphasie par altération de l'insula ; d'une observation des plus nettes d'aphasie par lésion des faisceaux sous-pédiculo-frontaux ; de trois cas d'hémiplégie sans paralysie faciale ; de deux faits de paralysie isolée du bras ; d'une observation de troubles oculaires en rapport avec des lésions corticales. . . . toutes observations qu'on retrouve dans les *Études cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux*, travail considérable, digne à tous égards des noms de Ferrier, de Broca et de Charcot auxquels il est dédié par de Boyer, qui avait tenu à marquer par là, à quelle méthode scientifique et à quelle école médicale il avait su demander ses inspirations.

Je n'ai pas à rappeler ici les mérites exceptionnels de ce travail dont de Boyer avait le droit de s'enorgueillir. Ce travail, devenu rapidement classique tant chez nous qu'à l'étranger, renferme, commente, résume et vivifie, avec des aperçus vraiment originaux, tout ce qui a été fait depuis dix ans sur cette grande question des localisations cérébrales, à laquelle notre compagnie a fourni tant et de si précieux documents, qu'il serait à souhaiter qu'elle en pût produire une pareille moisson sur chacune des questions à l'étude.

Pour nombreuses et fécondes qu'aient été les recherches de Clozel de Boyer dans le domaine de la pathologie

nerveuse ; quelque vive qu'ait été dans ce sens la prédilection de son esprit, son activité était telle qu'il nous apporta nombre de communications touchant la pathologie et l'anatomie pathologique des appareils circulatoire et respiratoire. Ces faits figurent avec honneur dans nos Bulletins de ces deux dernières années.

A juger de ce qu'avait produit ici Clozel de Boyer, à juger de ce qu'il avait fait ailleurs (la sphère de son activité était vaste comme en témoigne sa collaboration aussi assidue que recherchée au *Progrès Médical*, aux *Archives de Neurologie*, à l'*Année Médicale*) ; à juger de ce qu'il avait donné avant trente ans, on pouvait dire que Clozel de Boyer était un des meilleurs parmi les plus vaillants de notre génération. Il était, on l'a dit justement ailleurs, doué de cette remarquable et rapide puissance d'assimilation qui est le privilège envié de ceux qui travaillent beaucoup et surtout qui ont beaucoup travaillé.

C'est en travaillant qu'est mort de Boyer ; on sait comment il fut brutalement enlevé par une diphthérie toxique, contractée au service de la Faculté, à la clinique des enfants où il se dépensait sans compter.

Ceux d'entre nous qui ont assisté notre collègue à ses derniers moments peuvent affirmer que pas une parole d'amertume ou de défaillance n'est sortie de ses lèvres, et pourtant, dès le début, il a connu la gravité du mal implacable qui devait le tuer après trois longs jours d'une douloureuse asphyxie.

Mourir avant trente ans, le jour où l'on a commencé à ensemercer un sillon lentement et laborieusement tracé, quand on n'a encore connu, comme de Boyer, de la vie que les durs sacrifices, quand on n'a guère goûté du travail que les peines, se débattre contre la mort quand on laisse derrière soi une mère dont on s'est promis d'être la joie et l'orgueil. . . telle a été la poignante destinée de Clozel de Boyer !

Cette fin tragique a pourtant sa grandeur : notre collègue est mort au champ d'honneur, victime nouvelle et non dernière de la diphthérie !

Aux travaux sérieux qu'il laisse, au courage et à l'abnégation dont il nous a donné de si éclatantes preuves, Clozel de Boyer devra de rester notre exemple à tous. Son nom sera, toujours et partout, prononcé avec ce respect religieux dont nous savons honorer nos morts. Son nom inscrit en lettres d'or sur le martyrologue médical rappellera à nos arrière neveux comment il sut mourir ; notre Bulletin leur parlera de l'activité de ses recherches. . . . Ses amis

et ses maîtres n'y seront plus, alors, pour parler de ses qualités de cœur qui étaient à la hauteur de son intelligence.

13. Eloge de M. Houël, par M. RECLUS, vice-président de la Société anatomique.

On peut dire, sans lui ôter de son mérite, que notre Société anatomique n'est qu'un lieu de passage. Elle est la première à nous accueillir, mais elle est la première quittée, et, dès qu'une autre Société nous reçoit, nous oublions assez volontiers la compagnie modeste où nous fîmes, dès l'abord, nos preuves d'observation et de travail. M. Houël, dont il m'incombe de vous parler aujourd'hui, ne fut pas de ces infidèles ; il est resté un des nôtres jusqu'à sa mort, presque un demi-siècle.

M. Houël naquit en 1815, à Saint-Aubin-Vieil-Evreux (Eure) ; il commença ses études classiques au collège d'Evreux, puis il vint à Paris et entra au Lycée Saint-Louis dont il devait être plus tard le chirurgien. A 20 ans, il se faisait inscrire à la Faculté de Médecine et entra dans cette carrière où la route est pénible pour tous, mais où plus que tout autre, il eut à ressentir combien la côte est rude à monter. Il était interne des hôpitaux à 26 ans, aide d'anatomie à 28 ; à 33 il soutenait sa thèse inaugurale ; enfin, en 1860, à l'âge de 45 ans, M. Houël obtenait le titre d'agrégé, dans la section de chirurgie.

Si nous montrons combien cette carrière fut lente, c'est pour insister sur un des traits distinctifs du caractère de M. Houël, et qui lui fait le plus grand honneur ; il n'avait pas l'infatigable mémoire et la rapide intelligence de ses concurrents, de M. Broca par exemple, le plus illustre d'entre eux, mais rien ne lassait sa persévérante patience. Il ne connut pas les découragements hâtifs que nous souffle la vanité. Il essayait bravement sa défaite et préparait un nouveau combat.

Peut-être cependant renonça-t-il trop tôt au concours du Bureau Central. De 1850 à 1860 les places de chirurgiens étaient rares et fort nombreux les candidats. M. Verneuil n'était-il pas forcé d'attendre trois ans l'ouverture du concours qui devait le nommer ? Après quelques échecs M. Houël ne persista plus. Comme agrégé, il remplaçait d'ordinaire Nélaton qui lui confiait son magnifique service de la Clinique. Ne pouvait-il, au bout de huit ans, se considérer comme suppléant nécessaire de ce maître éminent ? Et il abandonna la lutte au moment où la multiplicité des

vacances allait lui ouvrir cette porte si longtemps fermée devant lui !

Et c'est grand dommage, car notre science ne vit que de pratique. Nous ne valons que par notre hôpital ; l'effort de notre esprit est vain, nos lectures sont lettre morte, si nous ne contrôlons chaque jour la théorie nouvelle au lit de nos malades. La plus haute raison scientifique n'est-elle pas le fruit d'une expérience et d'une observation patiente dirigée par un jugement droit ? Aussi est-on étonné que M. Houël, sans être chef d'un service, ait pu produire tant et de si bons travaux.

Sa thèse inaugurale sur *les luxations des cinq dernières vertèbres* est encore classique et si elle est peut-être moins lue qu'autrefois, c'est qu'elle se trouve maintenant en substance dans la plupart de nos traités et de nos compendium. Sa thèse d'agrégation de 1857 sur les *plaies et ruptures de la vessie* eut un semblable succès et, jusqu'à ces dernières années, c'est là qu'on étudiait cette question difficile. Trois ans après, en 1860, les *tumeurs du corps thyroïde* lui étaient dévolues et ce travail terminait dignement la série d'épreuves qui entraînèrent sa nomination.

On ne doit pas chercher, dans ces œuvres, les larges synthèses, ce n'est pas non plus par les préoccupations de la forme que valent ces travaux. M. Houël avait peu de soucis littéraires ; mais il prétendait être clair, ses informations étaient toujours abondantes et sûres, il fouillait son sujet et ses descriptions, précises jusqu'à la minutie, ne laissaient dans l'ombre aucun détail. Le fil d'Ariane qu'il nous mettait dans les mains était peut-être un peu court, mais du moins ne risquait-on jamais de s'égarer.

Nous ne parlerons pas de ses nombreux travaux sur les *monstruosités*. Il n'a pas publié moins de 9 mémoires importants qui soulevèrent d'intéressantes discussions à la Société de Biologie dont il était membre, et à la Société anatomique ; vous vous rappelez, Messieurs, la prédilection qu'il avait pour ces sujets difficiles et lorsque l'un de vous présentait quelque fœtus anormal, sans parti pris — et naturellement — il se tournait vers M. Houël.

En 1854, M. Houël publiait dans vos bulletins, ses *rapports sur les kystes hydatiques du poumon* ; l'année suivante, il étudiait le siège de *l'encéphalocèle congénitale*, question controversée encore et où la lumière ne semble pas près d'être faite. L'Académie des sciences le récompensait pour ses *mémoires sur les névroses* et l'Académie de médecine pour ses recherches sur *l'étranglement interne*. Il envoyait une note à la Société de chirurgie, dont il de-

vait être un jour le président, sur les fractures en V, puis sur l'absence de consolidation dans les fractures linéaires des os plats, et les fissures des os longs. Enfin, il fut chargé en 1865, par le professeur Cruveilhier de terminer le cinquième volume de son *Traité d'Anatomie pathologique*. Ce n'est point là un honneur médiocre et peu d'hommes ont eu cette chance inespérée de collaborer à ce livre immortel.

Nous devons parler d'un ouvrage de longue haleine, un *Manuel d'Anatomie pathologique générale et appliquée* qui coûta bien des veilles à son auteur. A une autre époque, il aurait certainement joui de quelque faveur du public; mais il eut le tort de ne pas venir à son heure. La microscopie venait de renouveler l'Anatomie pathologique; l'école de Lebert, quoiqu'elle fût brillante encore, allait périlcliter, et une Ecole nouvelle se développait dont les travaux absorbaient exclusivement l'attention. Que pouvait être, dans cette mêlée, l'honnête livre de M. Houël dont les descriptions étaient faites sur les pièces du musée Dupuytren?

L'organisation de ce Musée, du reste, a été le grand œuvre de sa vie. Nommé conservateur-adjoint lorsqu'il n'était qu'aide d'anatomie, M. Houël devint directeur en 1868. A ce moment, les collections ne contenaient guère que 1200 pièces non classées; aujourd'hui elles en possèdent plus de 6000 étudiées et décrites avec le plus grand soin dans un catalogue en six volumes, accompagné d'un Atlas photographique. Ce travail considérable est encore dû à M. Houël.

Aussi parlait-il de son Musée comme un père parle d'un fils et l'on était parfois tenté de sourire de son accent attendri, car son Musée restera toujours le Musée Dupuytren, dont le nom est trop illustre pour ne pas rester solitaire. Mais on ne devra pas oublier les soins incessants de M. Houël pour ce fils d'adoption, son labeur continu que rien n'a lassé. Il ne considéra point cette place comme la compensation nécessaire de quelque espérance déçue, une retraite honorable où il pourrait oublier les amertumes de la lutte. Non, il travailla sans repos, et comme le fidèle serviteur de l'Evangile, il fit fructifier le talent. Préférons ceux qui s'attachent trop à ceux qui ne s'attachent pas assez; et regrettons, qu'en notre temps, on n'ose plus dire: Mon Musée, ma Faculté, mon Hôpital.

M. Houël, avons-nous dit, était l'hôte assidu de la Société anatomique; pas une séance où il n'assistât et nous savons les services qu'il y a rendus. L'Anatomie pathologique médicale a toujours, parmi nous, un illustre représentant et la

succession de Cruveilhier n'est pas restée en souffrance. Mais la chirurgie y est d'ordinaire plus pauvre, et sans M. Houël, elle eût souvent manqué d'un porte-parole autorisé; on le voyait là, assis derrière le bureau, toujours attentif et prêt à réclamer pour le Musée, les pièces intéressantes. Il discutait avec les plus jeunes, sans jamais faire sentir le poids de ses expériences et son avis était écouté. Il faisait partie de la Maison, de cette ancienne Ecole Pratique où se sont encore assis la plupart d'entre nous. On la démolit maintenant; la même année aura vu disparaître une partie de ce vieil édifice et l'homme qui l'avait habité si longtemps.

Messieurs, nous ressentirons longtemps encore le vide que sa mort a fait parmi nous. D'autres auront amassé plus de gloire et mené un plus grand bruit dans le monde, mais il n'en est pas qui laisseront derrière eux un plus honnête et meilleur souvenir.

ÉLECTIONS. On procède à l'élection pour 1882 des membres du bureau et du comité qui se trouvent ainsi composés:

Président: M. CHARCOT.

Vices-Présidents: MM. DURET et HANOT.

Secrétaires: MM. G. BALLET et TALAMON.

Membres du comité: MM. FÉRÉ, HENRIET, PORAK, membres titulaires; MM. BRUSSAUD, GÉRARD-MARCHAND, CHAUFFARD, membres adjoints.

Séance du 20 janvier 1882.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

14. Encéphalite traumatique avec hémiplegie croisée ; par M. DUPLAIX, interne, des hôpitaux.

Le nommé Arbon (Jean), cocher de fiacre, âgé de 40 ans, est amené à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. DAMASCHINO, pour des accidents dont le début remonte à deux mois. Les renseignements nous sont donnés par les personnes qui l'accompagnent, car le malade est plongé dans un coma dont on ne peut le faire sortir.

Il y a deux mois il est tombé de son siège et a été immé-

diatement transporté à l'hôpital de la Charité où il aurait présenté les symptômes d'une fracture du rocher. Il est resté trois semaines à l'hôpital, puis il est parti, se croyant guéri complètement, mais conservant une grande faiblesse et quelques douleurs diffuses, mal limitées, dans la tête. Il n'a pu reprendre son travail, mais il allait et venait, mangeait bien, quand à la fin du mois de décembre il se plaignit de maux de tête plus violents et d'une faiblesse plus considérable des membres du côté droit. En quelques jours il arrive à ne plus pouvoir marcher ni se servir de son bras droit, puis apparut une paralysie faciale du côté gauche. Dès cette époque, il avait un peu de fièvre et de l'agitation avec du délire pendant la nuit, mais il n'a jamais eu d'attaques convulsives. Une constipation opiniâtre se déclara bientôt, puis le malade tomba dans un coma profond dont il n'est jamais sorti; enfin, il n'y a pas eu de vomissements.

Les antécédents que nous pouvons recueillir sont peu précis; nous savons cependant qu'il n'a jamais été gravement malade, qu'il n'a jamais eu de rhumatismes ni d'accidents syphilitiques; en revanche, il avait fait de nombreux excès de boissons alcooliques.

A son arrivée à l'hôpital, nous le trouvons dans le coma et ce coma est profond, sans stertor, il est impossible de l'en tirer. Il est placé dans le décubitus dorsal et présente au premier examen un affaissement très net des muscles faciaux du côté gauche. La commissure labiale de ce côté est abaissée, tandis que celle du côté droit est relevée; les sillons de ce même côté sont également plus accentués que du côté atteint et quand on examine la gorge, on remarque une déviation de la luette qui est portée à droite.

Le bras droit soulevé retombe lourdement sur le plan du lit, il en est de même de la jambe du même côté, tandis que les membres gauches peuvent exécuter des mouvements, surtout quand on provoque de la douleur à leur niveau. L'insensibilité à la douleur, en effet, manque non seulement du côté sain, mais aussi du côté paralysé, le malade sent bien qu'on le pique ou qu'on le pince, mais la perception est retardée aussi bien d'un côté que de l'autre.

Lorsqu'on veut faire exécuter aux membres des mouvements, on éprouve une certaine résistance de la part des muscles, il y a de la raideur provoquée même du côté paralysé, mais cette raideur est peu considérable.

La constipation est opiniâtre, le malade n'est pas allé à la selle depuis plusieurs jours; il urine seul, mais l'urine est peu abondante, très chargée en sels et ne contient pas

d'albumine. Le ventre est en bateau et les parois abdominales fortement déprimées. Les pupilles égales des deux côtés sont peu dilatées, et la paupière supérieure gauche reste tombante; il n'y a pas de strabisme. La fièvre est assez forte : T. 38°,2. Le pouls est à 120, et il existe des sueurs abondantes. La langue est très chargée et large. Quand on veut soulever le malade dans son lit, on y parvient avec peine à cause d'une raideur considérable du tronc et de la nuque.

L'auscultation des poumons fait constater l'existence de râles nombreux sous-crépitaux aux deux bases. Du côté du cœur, nous ne trouvons rien d'anormal. Traitement : sangsues aux apophyses mastoïdes ; purgatif, potion de Todd.

9 janvier. Le malade n'a pas eu d'agitation, ni d'attaques convulsives, la constipation persiste avec la rétraction du ventre. Il n'y a rien de nouveau du côté des membres supérieurs et inférieurs au point de vue de la sensibilité et de la motilité ; les réflexes sont nuls, mais on provoque manifestement des contractions musculaires limitées, sous forme de nœuds, par un choc brusque à leur niveau. La fièvre persiste et les sueurs sont surtout abondantes à la face. T. m. 38°,8, s. 38°,6. Pouls, 130.

10 janvier. L'affaissement de la joue du côté gauche est de plus en plus marqué, la respiration est bruyante, mais nullement stertoreuse. La sensibilité est modifiée comme dans les premiers jours, il existe seulement de l'anesthésie tactile et un retard très marqué dans la perception des sensations douloureuses. La fièvre est toujours vive et les sueurs abondantes à la face.

La constipation reste opiniâtre, on donne tous les jours des lavements au malade pour le faire aller à la selle. La rétention d'urine devient complète, et on est obligé de pratiquer le cathétérisme qui, du reste, donne peu d'urine. T. m. 38°, s. 38°,6. Pouls, 110.

11 janvier. Rien n'est changé dans l'état du malade. Le ventre est toujours rétracté ; la constipation persiste avec la rétention d'urine. Jusqu'à présent, le malade n'a pas eu de phénomènes convulsifs, mais il conserve toujours de la raideur dans les membres des deux côtés. Il n'y a pas de trismus, mais du mâchonnement et de la raideur de la nuque. Tous les autres symptômes persistent au même degré. T. m. 38°,8, s. 39°,2. Pouls, 124. Vésicatoire à la nuque.

12 Janvier. Il se forme une eschare au sacrum. Les phénomènes de congestion pulmonaire sont très accentués.

Même état de la sensibilité et de la motilité dans les membres. La respiration devient stertoreuse. La pupille gauche est très dilatée. T. m. 38°,8, s. 39°,4. Pouls, 130.

13 janvier. Le malade a de l'incontinence des urines, mais il conserve de la constipation et le ventre en bateau. Les sueurs ne sont plus localisées, mais étendues sur toute la surface du corps. La fièvre persiste; les pupilles sont très dilatées. T. m. 39°,8, s. 40°,8. Pouls, 160.

14 janvier. L'incontinence des urines persiste, l'eschare du sacrum s'étend rapidement et l'anesthésie devient complète et générale. Le ventre reste en bateau et la fièvre devient considérable. Le malade meurt dans la soirée. T. m. 40°,4, s. mort.

AUTOPSIE. A l'ouverture du crâne, nous trouvons une adhérence considérable de la dure-mère et des méninges sous-jacentes à la pulpe cérébrale, au niveau de la corne sphénoïdale gauche. Cette membrane adhère aussi fortement à la face supérieure du rocher et, après l'avoir enlevée, on remarque sur cette face des rugosités et des trous nombreux, dus à ce que des parcelles d'os sont restées attachées à la dure-mère. A un premier examen, nous ne trouvons pas traces de fracture des os du crâne; après avoir enlevé avec la scie le rocher du côté gauche et l'avoir dépouillé des parties charnues, nous constatons encore l'absence de fracture. Un trait de scie perpendiculaire à sa direction permet encore d'affirmer qu'elle manque absolument, tandis que l'on constate une ostéite raréfiante très manifeste, ostéite probablement due au traumatisme au moment de la chute, car les renseignements éloignent toute idée d'une lésion primitive de cet os et des cavités de l'oreille.

Les vaisseaux de la pie-mère sont très congestionnés; il n'y a pas de liquide dans les méninges, ni traces de lésions de méningite suppurée. L'hémisphère droit nous paraît absolument sain; quant à l'hémisphère gauche, il présente une augmentation de volume considérable au niveau de la corne sphénoïdale. A la face externe de cette région il existe une énorme saillie fluctuante dont nous soupçonnons la nature. Les méninges, comme je l'ai dit, étaient très adhérentes à ce niveau et en les enlevant, elles ont entraîné dans toute l'étendue de l'abcès une couche épaisse de tissu nerveux. Le pus évacué de la poche purulente est verdâtre et est contenu dans une véritable poche de nouvelle formation. Le volume de l'abcès est celui d'une orange de moyenne grosseur, de sorte que la compression exercée par lui sur la capsule interne se comprend facilement et explique bien

les accidents hémiplegiques que le malade a présentés pendant la vie, du côté droit.

Nous ne trouvons rien de spécial à noter du côté des autres parties de l'encéphale; les nerfs semblent intacts. Quant à la paralysie faciale, elle est très certainement causée par des altérations du tronc nerveux au niveau du rocher dans le canal de Fallope.

Les autres organes ne présentent rien de bien caractéristique. La moelle paraît saine ainsi que les méninges rachidiennes. Les poumons sont fortement congestionnés, surtout aux deux bases. Le cœur est un peu gros, il ne présente pas de lésions des orifices et le myocarde possède sa consistance normale. Enfin, le foie est normal ainsi que la rate; il n'y a que les reins qui soient fortement congestionnés.

15. Rein unique ; par M. Georges THIBIERGE, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'un jeune garçon de 9 ans 1/2, mort d'angine diphthérique dans le service de M. ARCHAMBAULT.

Le rein *droit* fait entièrement défaut. A *gauche*, on trouve, à sa place normale, un rein assez volumineux, de forme normale, qui pèse 160 grammes. Le bassinet, unique, donne naissance à un uretère de volume ordinaire qui vient s'aboucher dans la vessie à la place normale de l'uretère gauche, tandis que, du côté droit, il n'y a aucune trace d'orifice urétérale, ni aucun bourgeon sur la face externe de la vessie au point correspondant.

Les artères du rein unique sont au nombre de deux, partant isolément de la partie latérale gauche de l'aorte : la supérieure est un peu plus volumineuse que l'inférieure; chacune d'elles se distribue à une moitié du rein. De la partie latérale droite de l'aorte, au niveau de l'émergence de ces artères, partent deux petites artérioles qui se perdent rapidement dans le tissu cellulaire voisin. La prostate est symétrique; mais on ne constate qu'une seule vésicule séminale. Les testicules n'ont malheureusement pas été examinés. Le sujet ne portait aucun autre vice de conformation.

RÉFLEXIONS. Il nous a paru bon de signaler ce cas de rein unique situé à sa place normale, car dans la plupart des observations de rein unique, il s'agit de reins en fer à cheval

situées sur la ligne médiane, et résultant de la fusion des deux organes. Il nous semble aussi que les cas de rein unique ne sont pas aussi rares qu'on le pense généralement, car il y a trois mois nous constatons la même anomalie chez un tuberculeux de 60 ans : dans ce cas, le rein unique occupait aussi sa place normale, mais siégeait du côté droit.

16. Osteosarcome périostal; par M. PROUST, interne des hôpitaux.

Eug. Badaille, jeune femme de 22 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Benj. ANGER, le 25 octobre 1881, pour une tumeur siégeant au genou droit, tumeur qui la met dans l'impossibilité de marcher.

Elle était alors dans un état de grossesse assez avancé, 7^{me} mois environ, et est accouchée à terme, le 19 décembre, d'une fille vivante, bien constituée. Cette femme très pâle et amaigrie n'a été examinée par nous qu'à notre arrivée dans le service, le 1^{er} janvier 1882; toujours bien portante, elle ne signale aucun signe de rhumatisme pour expliquer le début de son affection qu'elle fait remonter au mois de septembre 1880; à cette époque, elle ressentit une douleur assez vive au côté externe du genou droit. Quelque temps après, apparut en ce point une légère tuméfaction qui s'étendit peu à peu à tout le pourtour de l'articulation.

Les douleurs ont augmenté, sont continues; malgré cela, la malade continue à marcher et à exercer sa profession très pénible de fille de service dans un restaurant. Les douleurs se calment même après un exercice prolongé, mais pour reparaître plus vives la nuit, après quelques heures de repos.

Toutefois, la tumeur n'avait pris que peu de développement, lorsque, la veille de son entrée à l'hôpital, elle fit un chute sur le genou; dès lors, la marche fut impossible. Dans les deux derniers mois de la grossesse, ainsi que les jours qui ont suivi l'accouchement, la tumeur a pris un accroissement rapide et considérable.

Depuis l'accouchement, deux métrorrhagies assez abondantes.

1^{er} janvier. Le genou droit est le siège d'une tumeur volumineuse, arrondie, inégale, développée surtout sur les faces latérale et antérieure de la région, très peu en arrière et sur la ligne médiane. Sa consistance n'est pas égale :

molle par points, elle est très dure en d'autres points. La palpation provoque, du reste, des douleurs très vives. La peau est tendue, luisante, laissant apercevoir par transparence les veines dilatées qui sillonnent la surface de la tumeur. Plusieurs de ces veines sont le siège de coagulation, d'autres d'une inflammation très nette. La malade tient sa jambe dans la demi-flexion, couchée sur sa face externe; il est impossible de provoquer des mouvements dans l'articulation. Pas de ganglions.

Etat général mauvais, douleurs lancinantes continues, s'exaspérant surtout la nuit. Diagnostic porté : ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

10 janvier. Deux ganglions dans l'aine de la grosseur d'une fève chacun.

16 janvier. Ganglions de l'aine augmentés de volume et de nombre; nouveaux ganglions au niveau du bord interne du triangle de Scarpa. La tumeur remonte maintenant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. La malade réclame vivement une opération. M. B. Anger décide alors de faire l'amputation de la cuisse aussi haut que possible, préférant cette opération, vu l'état de faiblesse de la malade, à une désarticulation de la hanche.

18 janvier. 30 jours après l'accouchement, amputation rapidement conduite; fémur scié immédiatement au-dessous du grand trochanter. La malade a perdu peu de sang, mais il s'en est écoulé une quantité considérable de la tumeur. Bon état depuis l'opération; cependant les ganglions ont été laissés, M. Anger préférant recourir à une deuxième opération plus tard s'il y a lieu.

AUTOPSIE du membre amputé.—Une incision faite en avant sur la ligne médiane laisse écouler une grande quantité d'un liquide roussâtre par points, ailleurs du sang pur.

Ces liquides sont contenus dans des poches kystiques nombreuses et de volumes variables qui donnent au néoplasme un aspect aréolaire. Les muscles sont distendus, amincis, écartés à la partie supérieure de la tumeur, et disparaissent vers le tiers inférieur.

La masse du néoplasme entoure l'extrémité inférieure du fémur et est formée d'un mélange de bandes de tissu fibreux, de masses blanc-jaunâtres demi-molles; d'îlots blancs de consistance cartilagineuse, d'aiguilles osseuses qui semblent rayonner vers la périphérie de la tumeur et creuser au milieu de ces tissus, les nombreuses poches kystiques que nous avons signalées.

Par un trait de scie dirigé obliquement, nous détachons l'un des condyles; il est facile de voir combien cette partie

d'os est altérée. Au niveau du cartilage dia-épiphysaire, points noirâtres ramollis, indiquant une ostéite de date ancienne; c'est là que le mal semble avoir pris naissance; c'est aussi de ce point que partent les productions osseuses qui vont rayonner à la périphérie de la tumeur. Au-dessus, la diaphyse de l'os est intacte, et le néoplasme s'est développé en entourant l'os, ce qui répond bien à ce qu'on a décrit sous le nom d'ostéosarcome périostal. Les cartilages articulaires sont restés intacts, ainsi que toute l'extrémité supérieure du tibia. L'articulation elle-même est saine; cependant, nous devons dire que le néoplasme commençait à l'envahir; cet envahissement s'opérait par la partie postérieure. Le ligament postérieur a disparu et à sa place se trouvent des productions osseuses et cartilagineuses analogues à celles que nous avons signalées dans la tumeur. Celle-ci, du reste, entoure en avant et sur les côtés l'articulation, mais sans la pénétrer et sans en avoir détruit les éléments. A la partie postérieure des condyles fémoraux, sur la coupe, le cartilage d'encroûtement est sain et pourtant les productions osseuses qui ont remplacé le ligament postérieur y sont accolées, et même assez adhérentes.

Dans la diaphyse du fémur la moelle paraît saine. L'est-elle réellement? Ce n'est qu'après l'examen histologique qu'il sera possible de poser une affirmation. Cet examen histologique sera fait après la préparation nécessaire des pièces par M. Siredey, chef du laboratoire d'histologie de Clamart.

RÉFLEXIONS. De cette observation nous devons tirer trois déductions intéressantes: 1° L'influence que la grosseur a eue sur la marche de la maladie; influence que M. le professeur Verneuil a surtout cherché à dégager; 2° Intégrité à peu près complète de l'articulation, complète du moins pour les cartilages articulaires, quinze mois après le début de l'affection, alors que le néoplasme a pris un développement aussi considérable; 3° Enfin, mode d'envahissement de l'articulation, se faisant par la partie postérieure de haut en bas, en suivant la lame fibreuse qui constitue le ligament postérieur de l'articulation du genou.

17. Observation d'aortite ; par M. L. Brocq, interne des hôpitaux.

L. Charles, âgé de 64 ans, cocher, entre le 3 janvier 1882 à Cochin, salle Sainte-Marie, n° 8, service de M. Bucquoy, pour de l'œdème des membres inférieurs et de la dyspnée.

Il n'est pas syphilitique ; il n'a eu qu'une blennorrhagie compliquée d'orchite à 22 ans. Il a bu autrefois beaucoup d'absinthe, et il est d'ailleurs prédisposé à l'alcoolisme par sa profession. Depuis l'âge de 40 ans, il a de fréquentes attaques de rhumatisme subaigu pour lesquelles il est entré trois fois à l'hôpital. Il y a deux ans, on lui a posé plusieurs vésicatoires sur la région précordiale, et c'est à cette époque qu'on s'est aperçu, chez lui, d'une affection valvulaire. Il a eu pour la première fois de l'œdème des membres inférieurs en juin 1881 ; presque en même temps il a vu survenir de l'oppression ; depuis trois mois, il s'est mis à tousser ; son état s'est aggravé de plus en plus ; enfin, depuis 15 jours il lui est impossible de travailler.

Son aspect général est celui d'un malade atteint d'une affection mitrale. La face est peu pâle, mais subictérique, les conjonctives sont jaunes, teint légèrement plombé, lèvres violacées. Il a un peu d'ascite et de l'œdème des bourses, de la verge et des membres inférieurs.

Il est fort oppressé : la respiration est courte et fréquente ; la poitrine est sonore, globuleuse ; aux bases, il y a quelques râles crépitants fins ; en somme, emphysème et très léger degré de congestion pulmonaire.

La pointe du cœur se trouve fort en dehors et au-dessous du mamelon, à la partie inférieure du sixième espace, et presque dans la ligne axillaire ; il y a des battements épigastriques. A l'auscultation, on entend un souffle fort, net, d'insuffisance aortique à la base et au deuxième temps, avec maximum en arrière du sternum, un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le pouls est assez faible, régulier, bondissant et fuyant sous le doigt. La langue est blanche, cependant il a assez bon appétit, et il n'a pas envie de vomir. Depuis dix à douze jours il est très constipé. La marge de l'anüs est douloureuse, le malade y ressent des élancements ; elle est enflée un peu en avant et à gauche ; on trouve en ce point une fluctuation très nette dénotant une collection purulente déjà formée et assez considérable.

Depuis plus d'une semaine, le malade n'urine presque plus. La vessie est distendue ; on le sonde avec une sonde en gomme rouge n° 17 qui passe assez facilement, mais qui

permet de constater deux légers rétrécissements : l'un vers le méat, l'autre vers la région prostatique. On retire environ 800 grammes d'une urine rouge, renfermant une assez grande quantité d'albumine, et on pense que cette rétention d'urine est causée par l'abcès de la marge de l'anüs. Le foie est volumineux et déborde les fausses côtes ; la rate semble normale.

4 janvier. On lui donne 30 grammes d'eau-de-vie allemande et une macération de 60 centigrammes de feuilles de digitale. Il va fort abondamment à la garde-robe, mais il continue à ne pas pouvoir uriner sans être sondé.

5 janvier. On ouvre l'abcès de la marge de l'anüs ; mais le malade continue à ne pouvoir uriner seul ; il y arrive cependant le 7, grâce à des cataplasmes qu'on lui pose sur le bas-ventre.

11 janvier. On supprime la digitale et on donne du vin diurétique de la Charité ; l'état général est loin de s'améliorer. Les jambes sont très enflées et douloureuses, les urines rares, la dyspnée intense.

Celle-ci s'accroît encore le 12 et le 13 janvier le malade commence à délirer ; le 14, la face est cyanosée, la dyspnée est telle que M. Bucquoy ne trouvant dans les poumons qu'un peu d'emphysème et de congestion, se demande si ce ne serait pas de la dyspnée urémique. L'œdème a augmenté ; il remonte actuellement jusqu'à la ceinture. M. Bucquoy prescrit des ventouses sèches et une saignée de 350 grammes. Après l'émission sanguine, le malade a une amélioration momentanée ; mais bientôt les phénomènes asphyxiques reparaissent, et il succombe rapidement le soir vers cinq heures.

Pendant son séjour dans les salles, on n'a jamais remarqué qu'il eût une élévation notable de la température.

AUTOPSIE faite 40 heures après la mort. L'encéphale n'offre rien de notable. Les méninges sont un peu congestionnées. Les poumons sont emphysémateux ; ils crépitent dans toute leur étendue et ne présentent qu'une congestion légère vers leurs bases. Les reins sont volumineux ; le gauche pèse 230 grammes ; le droit 200 grammes. Ils sont rouges à la coupe et gorgés de sang, mais les deux substances sont nettes et ils sont facilement décortiquables. Le foie pèse 1950 grammes ; c'est un type de foie muscade. La rate ne pèse que 160 grammes ; elle est petite, dure, fibreuse. La vessie est saine ; la prostate un peu hypertrophiée ; l'abcès de la marge de l'anüs qui a été ouvert pendant la vie, occupe la partie latérale gauche du périnée et n'intéresse ni la prostate, ni l'urèthre.

Le cœur pèse 640 grammes. Le cœur droit est peu atteint; le ventricule est légèrement dilaté; les valvules tricuspide et pulmonaire sont saines. L'endocarde a une teinte d'un rouge vineux dans les cavités cardiaques et dans l'artère pulmonaire. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche qui est très dilaté, et dont les parois ont environ 2 centimètres $1/2$. Les valvules de la mitrale sont un peu épaissies et athéromateuses sur leur bord libre.

Les deux valvules sigmoïdes les plus atteintes sont la valvule postérieure et la valvule antérieure. Leur bord libre est athéromateux, épaissi, rigide, raccourci, de telle sorte qu'il ne forme plus qu'une bride presque immobile. Le bord libre de la troisième valvule est un peu moins modifié. Cette lésion constitue une insuffisance aortique fort marquée et même un certain degré de rétrécissement.

L'aorte dès son origine est une aorte pavée. Toute la crosse est fort dilatée surtout vers l'origine des vaisseaux du cou, où se trouvent de plus, de nombreuse petites dilatations secondaires latérales. Sur tous les points qui n'ont pas subi la transformation athéromateuse et crétacée, la surface interne du vaisseau est légèrement surélevée sur les parties voisines, un peu tomenteuse et d'un rouge vif. En un point situé à deux centimètres des sigmoïdes, au fond d'une dilatation secondaire latérale, la paroi est ramollie, friable et d'un rouge vineux.

Vers le point de jonction de la crosse avec l'aorte thoracique, se trouve une dilatation latérale très marquée du vaisseau; un peu au-dessous, on voit sur la paroi antérieure deux plaques irrégulières superposées. La supérieure a un centimètre et demi de long sur deux de large: les bords sont déchiquetés, irréguliers; il y a çà et là des ulcérations à pic, de profondeur variable, parfois assez considérables; le fond est inégal et tomenteux; il était recouvert, lorsqu'on a ouvert l'aorte, de sortes de végétations fibrineuses, faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau et qui ont été maladroitement détruites par l'un des assistants. La plaque inférieure a deux centimètres de long sur un de large; elle offre les mêmes caractères que la précédente; mais elle est encore recouverte en partie des végétations fibrineuses que nous venons de mentionner.

Un peu en arrière, au même niveau, se voit une autre petite ulcération et, tout auprès, un point à peine aussi gros qu'une tête d'épingle, où commence le même processus. Ces deux lésions sont sur les bords d'une plaque crétacée très volumineuse que l'on sent dans la paroi du vaisseau.

A 10 centimètres environ au-dessus de l'origine du tronc cœliaque, on rencontre une autre plaque semblable à celles que nous venons de décrire, mais beaucoup plus considérable. Elle a 4 centimètres de large sur deux de long. Les bords sont fort irréguliers; elle présente par places des saillies tomenteuses, inégales, par places des ulcérations assez profondes des tuniques; au centre de la plaque celles-ci sont manifestement amincies, elles n'ont pu résister à la tension sanguine et il s'est formé une dilatation ampullaire très marquée à ce niveau.

Il existe, à 5 centimètres du tronc cœliaque, une autre plaque également fort considérable, de 3 centimètres de diamètre au moins en tous sens et bien conservée. Elle est très irrégulière d'aspect, et recouverte de saillies inégales semblables à des villosités de plusieurs millimètres de haut et ayant les mêmes caractères que les fausses membranes fibreuses qui tapissent les séreuses enflammées. A partir du tronc cœliaque, la tunique interne perd sa teinte rouge et les lésions sont beaucoup moins accentuées. Cependant, on trouve encore une plaque en voie d'ulcération au-dessus de la bifurcation de l'aorte, une autre petite, déjà ulcérée et à bords irréguliers, à pic, dans l'iliaque primitive droite. Dans les autres artères, on n'a pu constater que des lésions d'athérome. Nulle part on n'a découvert ni embolies, ni infarctus.

18. Mal de Pott. — Paraplégie brusque. — Epilepsie spinale rapide ; par M. Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Un jeune homme de 23 ans, employé dans un magasin, entre vers le 15 novembre dans le service de M. PROUST, salle Saint-Charles, lit n° 32.

Il déclare n'avoir jamais été malade. Trois semaines avant son arrivée à Lariboisière, il fut pris de rhume, de fièvre, de malaise et se mit au lit. Deux ou trois jours après, il s'aperçoit en voulant se lever que ses jambes sont paralysées. Il assure qu'auparavant il n'avait rien éprouvé qui pût faire prévoir cette paraplégie. Il était bien portant, libre de ses mouvements, n'éprouvait de douleur ni dans la poitrine, ni dans le dos, ni dans les jambes. Sa profession l'obligeait à marcher beaucoup. Toute la journée, il était debout, allant et venant pour répondre aux clients. Il a pu continuer son service sans rien remarquer de particulier jusqu'à la veille de sa paralysie.

A partir de ce moment, il éprouva des douleurs en cein-

ture, des élancements dans les jambes, des contractures douloureuses. Il lui fut impossible de se remettre sur pied. La miction était difficile, la constipation habituelle.

A son entrée, on trouve les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le tronc. Les muscles fléchisseurs sont dans un état de contracture qu'il est facile de surmonter sans causer de douleur bien vive.

Le malade ne peut détacher son talon du plan du lit. La flexion de la jambe sur la cuisse est plus facile. Le mouvement commencé se termine en quelque sorte involontairement, grâce à la tendance des fléchisseurs à se contracturer. Le réflexe rotulien est notablement exagéré et surtout à droite. Par le renversement forcé du gros orteil en arrière, on détermine facilement l'apparition de l'épilepsie spinale, avec prédominance évidente à droite. La miction est lente, difficile. Le ventre est ballonné, tympanisé. Il y a constipation.

Les troubles de la sensibilité sont aussi très évidents. Le malade éprouve des fourmillements dans les jambes, parfois des élancements pénibles. Il accuse une douleur en ceinture assez marquée, avec périodes d'apaisement et de redoublement. On trouve des plaques d'anesthésie complète, surtout sur les cuisses et la partie supérieure des jambes. La sensibilité est conservée dans une certaine mesure dans la partie inférieure des jambes et aux pieds. Les sensations sont, il est vrai, perçues avec un retard considérable, et souvent elles sont perverties. Le malade attribue à la jambe droite les piqûres qui sont faites à la jambe gauche; il confond les sensations de chaud, de froid, de piqûre, de simple contact. En haut, au niveau du bas-ventre, il est très difficile de marquer à l'anesthésie une limite exacte. Des plaques alternent dans l'étendue desquelles les sensations sont tantôt perçues, tantôt ignorées.

Il existe une saillie angulaire du rachis qui porte sur trois ou quatre vertèbres; l'angle de la saillie correspond à la cinquième dorsale. Le malade ne soupçonnait nullement l'existence de cette déviation. On perçoit dans toute l'étendue de la poitrine des râles sibilants et ronflants.

Le malade est transféré au bout de quelques jours dans le service de M. le professeur DUPLAY. On doit lui appliquer un corset plâtré.

Cependant, l'état du malade ne s'améliore pas. Les membres inférieurs demeurent fléchis dans un état de contracture incomplète. Le réflexe rotulien et l'épilepsie spinale persistent et sont toujours plus accusés à droite.

L'état de la sensibilité est un peu variable. Tantôt le ma-

lade déclare sentir quand on le touche, tantôt le contact des objets extérieurs n'éveille aucune sensation. Toutefois, il y avait toujours de l'analgésie complète dans les deux membres inférieurs. Des douleurs lancinantes surviennent par crises, et présentent parfois une intensité assez grande. Le ventre est ballonné. La respiration devient difficile. La poitrine s'embarrasse de râles muqueux. Il y a de la dyspnée, de la cyanose, et le malade succombe au bout de quelques jours complètement asphyxié. Il y avait cinq semaines que la paraplégie s'était montrée.

AUTOPSIE, faite 25 heures après la mort. — Il existe au niveau du sacrum une eschare superficielle, grande comme une pièce de cinq francs en argent. A la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale, on trouve une saillie du rachis qui forme en arrière un angle obtus. En incisant les muscles de la gouttière vertébrale, on tombe sur un petit foyer purulent, de la grosseur d'une noix, qui s'est produit entre les faisceaux d'insertions des muscles spinaux. C'est un petit abcès par congestion venu des lames vertébrales.

On enlève avec précaution la partie de la moelle qui correspond à la saillie anormale. Le corps de la cinquième vertèbre dorsale est complètement détruit. Il n'existe pas non plus trace du disque intervertébral supérieur. On trouve là une masse caséuse, jaunâtre, sans grande consistance, qui renferme des esquilles osseuses en quantité. Cette masse caséuse déborde en avant et latéralement vers les gouttières vertébrales. A droite, elle a refoulé la plèvre qui se trouve épaissie à cet endroit, et un prolongement caséux d'une longueur de près d'un centimètre se trouve ainsi complètement enkysté.

Du côté du canal médullaire, la masse caséuse a légèrement refoulé la dure-mère rachidienne. On ne trouve pas d'exsudat qui semble venir de cette enveloppe. Sur les lames de la vertèbre détruite, en arrière, on voit une masse blanchâtre, molle, d'aspect sarcomateux, qui fait dans le canal médullaire une saillie de près d'un centimètre. Il est facile de se rendre compte de la constitution de cette espèce de bourgeonnement. Le périoste, très facilement reconnaissable, est soulevé par une masse puriforme à demi-concrétée. On y trouve au microscope des granulations fibrineuses et des globules blancs. La lame vertébrale, dépouillée de son périoste, est rugueuse, percée d'un grand nombre de petits trous et évidemment atteinte d'ostéite. Les articulations des lames vertébrales se sont du reste soudées par ossification. Cette ankylose porte sur trois ou quatre vertèbres.

La dure-mère ne présente rien de particulier. Il n'existe pas ici de pachyméningite externe. Cette membrane est fendue sur toute son étendue. La pie-mère est d'un blanc laiteux, très épaissie; cet épaississement porte beaucoup plus encore sur la partie postérieure de la moelle que sur sa partie antérieure. La moelle se trouve, en quelque sorte, reçue dans une gaine résistante, plus forte en arrière, qui prend toute son étendue et lui donne une véritable rigidité.

Cet épaississement et cette coloration blanchâtre de la moelle se retrouvent au niveau du collet du bulbe, sur la protubérance, sur la face inférieure du cerveau, sur la face inférieure et la face supérieure du cervelet.

Au niveau de la scissure de Sylvius, cet épaississement s'étend sur la pie-mère cérébrale et gagne avec elle la face externe des hémisphères cérébraux jusqu'à la grande scissure interhémisphérique. Les artères sylviennes et leurs ramifications sont surtout entourées d'une gaine blanchâtre, épaisse, qui suit leurs ramifications. A certains endroits, sur les gros troncs, l'épaississement atteint deux millimètres environ. A la coupe, on trouve alors une masse blanchâtre, homogène, qui résiste à la pression sans s'éliminer.

La pie-mère cérébrale épaissie s'enlève, du reste, avec la plus grande facilité, sans entraîner la moindre parcelle de substance cérébrale. Les circonvolutions, la couronne rayonnante, les corps opto-striés semblent, du reste, absolument normaux. Rien de particulier non plus à signaler sur les coupes du cervelet, de la protubérance et du bulbe.

Au niveau de la cinquième dorsale, la moelle a subi une compression évidente; elle est effilée en ce point et creusée d'un sillon circulaire, d'une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi, qui présente une profondeur de un à deux millimètres.

Au-dessus de ce rétrécissement, il n'y a rien à signaler de particulier sur les sections transversales de la moelle, si ce n'est l'épaississement, plus évident encore sous cet aspect, de la pie-mère rachidienne. Au-dessous, le cordon antérolatéral droit est moins large que le cordon gauche correspondant. On y trouve des traînées grisâtres, à base adhérente à la pie-mère, qui sont peut-être l'indice d'une sclérose commençante. La substance est peut-être un peu plus vascularisée que normalement.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs points sont à relever dans cette observation: le début brusque de la paraplégie, l'existence de l'épilepsie spinale trois semaines seulement après l'ap-

parition de la paralysie et l'épaississement des méninges, la *pachypiemérite*, étendue à la moelle entière, au bulbe, au cervelet et même aux hémisphères cérébraux.

Le corps d'une vertèbre était complètement détruit et le malade, cependant, ne s'était aperçu de rien. Il ignorait absolument l'incurvation subie par son rachis. La paraplégie est venue le surprendre tout à fait à l'improviste. N'est-il pas juste de penser que l'ankylose des articulations des lames, que l'ossification de la soudure de ces articulations a pu empêcher la courbure du rachis et maintenir sa flexion à angle très obtus ? Les accidents de compression ont ainsi été évités.

Il est vrai que, d'après la thèse de Michaud, la compression de la moelle dans le mal de Pott est due, non à l'inflexion même de la tige osseuse, mais à la production à la face extérieure de la dure-mère d'un exsudat inflammatoire. Ici, cet exsudat n'existait pas. La masse caséuse qui faisait saillie vers le canal médullaire, la masse puriforme à demi desséchée qui soulevait le périoste décollé des lames vertébrales avaient seules pu produire cette compression, incontestable du reste, puisque la moelle présentait un rétrécissement évident.

Vraisemblablement, la carie osseuse était de nature tuberculeuse. Il existait dans les poumons des granulations tuberculeuses disséminées, jeunes évidemment, plus nombreuses, plus agminées au pourtour du petit foyer caséux enkysté que l'on a signalé dans la plèvre droite. Ces granulations tuberculeuses, petites, grisâtres, étaient évidemment jeunes, de date plus récente que la carie vertébrale. Cette poussée tuberculeuse, jointe à la paralysie d'un certain nombre des muscles respirateurs, avait sans doute amené l'asphyxie et la mort.

L'épaississement laiteux de la pie-mère a été fréquemment constaté. Il ne semble pas qu'on l'ait vu souvent prendre une extension aussi considérable que dans le cas présent, et gagner la base du cerveau et la face latérale des hémisphères. On est forcé d'admettre que cette pachyméningite s'est produite lentement, obscurément, d'une façon latente, puisque le malade n'accusait vers les bras aucun phénomène de paralysie, d'anesthésie ou de douleur. Il n'a présenté non plus aucun phénomène cérébral.

Sans préjuger des résultats que donnera l'examen histologique de la moelle, examen qui sera plus tard présenté à la Société anatomique, on peut penser que cet épaississement de la pie-mère n'est pas étranger à l'apparition si rapide de l'épilepsie spinale. On a pu, en effet, constater très nettement ce phénomène trois semaines après l'apparition de la paraplégie. Peut-être l'aurait-on trouvé beaucoup plus tôt encore. N'a-t-il pas pu se faire de la sclérose des cordons antéro-latéraux par envahissement cirrhotique de dehors en dedans, de la pie-mère épaissie vers le canal médullaire ?

19. M. DOLÉRIS présente la paroi d'une *hernie ombilicale congénitale*.

20. M. DAMALIX montre une *anomalie de situation congénitale du rein*.

21. ELECTIONS. M. BOTTENTUIT est nommé membre correspondant.

Séance du 27 janvier 1882.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Caverne tuberculeuse de la prostate. — Fistules uréthro-rectales et périnéales. — Tuberculose vésicale et pulmonaire ; par M. Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Bouv... Louis, 50 ans, marchand de vins, rentre pour la troisième fois à l'hôpital Necker, le 3 janvier 1882 ; il est admis salle Saint-Vincent n° 3, dans le service de M. le professeur GUYON.

Cet homme était entré une première fois dans le service en février 1881, pour un rétrécissement de l'urèthre ! De 20 à 40 ans, il avait eu trois ou quatre blennorrhagies. Facilement dilaté alors, il passa trois semaines seulement dans la salle et sortit parfaitement guéri en apparence. Rentré chez lui, il continua à se passer de temps en temps une bougie. C'est à la suite d'un de ces cathétérismes que,

trois mois après (avril 1881), il était pris d'orchite légère qui l'amena de nouveau dans le service de M. Guyon. Son orchite disparut rapidement, mais c'est alors qu'il commença à présenter des phénomènes inquiétants de cystite, qu'on ne pouvait attribuer au rétrécissement; celui-ci, en effet, n'existait plus et le canal était suffisamment large. Les mictions devenaient fréquentes, douloureuses vers la fin, suivies de temps en temps de l'écoulement par l'urèthre de quelques gouttes sanguinolentes. Le toucher rectal permettait de constater une certaine irrégularité de consistance de la prostate et surtout une augmentation de volume manifeste et des bosselures des vésicules séminales. En même temps, le malade maigrissait, se mettait à tousser, s'affaiblissait graduellement, sans cependant présenter à l'auscultation, aucun signe de tuberculose commençante.

Après quatre ou cinq semaines de séjour à l'hôpital, il s'en alla passer quelques mois à la campagne; c'est là qu'en septembre dernier, il eut, paraît-il, au périnée, un abcès qui s'ouvrit spontanément. Dès que cet abcès fut ouvert, le malade remarqua qu'à chaque miction il s'écoulait par cette ouverture une certaine quantité d'urine. Quelques semaines après, l'urine s'écoulait en même temps par l'anus, si bien que quelques gouttes à peine passaient par le méat chaque fois qu'il urinait.

C'est dans cet état, et mourant pour ainsi dire, qu'il rentra à l'hôpital Necker au commencement de janvier 1882. Entre temps, la tuberculose pulmonaire avait fait des progrès considérables; le sommet de son poumon droit était manifestement le siège de cavernes déjà assez vastes; les deux testicules étaient tuberculeux. Après quelques jours passés dans la salle, cet homme succombait le 22 janvier dans la soirée.

AUTOPSIE. — Avec les lésions pulmonaires diagnostiquées pendant la vie, on constate en outre une péritonite tuberculeuse très nette. Mais, c'est surtout sur l'appareil génito-urinaire que se concentre l'intérêt.

Après avoir ouvert sur la ligne médiane l'urèthre et la vessie, on remarque d'abord que l'urèthre est absolument sain; il est même impossible d'y retrouver la trace de l'ancien rétrécissement. Mais, arrivé à la prostate, on se trouve en présence d'une véritable fonte tuberculeuse de cet organe. De chaque côté, en avant et en arrière du verumontanum, on ne rencontre que des clapiers anfractueux, remplis d'une sanie grisâtre nauséabonde. En cherchant à faire pénétrer de petites bougies flexibles dans ces caver-

nes, on voit que ces instruments, après un court trajet plus ou moins sinueux, se dirigent vers deux points : le périnée et le rectum. Une seule ouverture, arrondie, assez large, à bords décollés et taillés à pic, existe au périnée en arrière du testicule gauche. Quant aux fistules rectales, elles s'ouvrent directement dans cet intestin par plusieurs orifices irréguliers. Les petites sondes passent facilement par toutes ces fistules.

Quant à la vessie, c'est surtout vers la partie droite du trigone qu'est accumulé un semis de granulations tuberculeuses. Quelques-unes de ces dernières se voient aussi sur les différents points du bas-fond vésical, mais les deux tiers supérieurs de la vessie en sont absolument indemnes. Partant, la muqueuse est épaissie, rougeâtre, marbrée et tomenteuse. Un examen attentif a permis de constater l'intégrité absolue des uretères et des reins.

Il nous reste à signaler l'augmentation de volume et de bosselures des vésicules séminales, qui, à la coupe, semblent avoir subi une véritable transformation caséuse. Quant aux testicules, ils sont l'un et l'autre manifestement tuberculeux.

RÉFLEXIONS. — Une fois de plus, cette autopsie nous a permis de constater : 1° L'intégrité parfaite des reins et des uretères, contrairement à l'opinion qui admet que la tuberculose urinaire commence toujours par ces organes. 2° La localisation des granulations tuberculeuses dans le bas-fond de la vessie. 3° Les lésions avancées des vésicules séminales, qui, d'après l'histoire clinique du malade, ont dû ouvrir la scène. D'apparence saine à la périphérie, ces organes formaient une sorte de coque remplie d'une pâte caséo-purulente ; nous avons signalé leur augmentation notable de volume et des bosselures, constatées dès l'apparition des premiers symptômes de tuberculose urinaire. Ne serait-ce pas le cas de se demander ici, si, dans certains cas, les bosselures et les irrégularités des vésicules, reconnues par le toucher rectal et attribuées à des sympexions, ne seraient pas un début de tuberculose de ces réservoirs ? 4° La destruction complète de la prostate, de l'urèthre prostatique et les fistules uréthro-périnéale et uréthro-rectale, dont nous avons donné, croyons-nous, une description suffisante.

Une autre considération intéressante, d'ordre clinique

cette fois, ressort encore; à notre avis, de cette observation. C'est l'évolution tuberculeuse dans les différents organes. Au mois d'avril 1881, lors de son deuxième séjour à l'hôpital, ce malade n'avait que de la cystite, de la prostatite et de la vésiculite tuberculeuses; cliniquement, les poumons, les testicules étaient absolument indemnes. On le perd de vue pendant sept à huit mois, et, quand on le revoit au bout de ce temps, on lui trouve des cavernes pulmonaires, des testicules caséo-tuberculeux, ainsi que les vésicules séminales, une fonte tuberculeuse de la prostate. La tuberculose vraiment urinaire, c'est-à-dire celle de la vessie, qui avait cependant été la première manifestation de la diathèse, était restée pour ainsi dire stationnaire, pendant que celle des poumons, de l'appareil génital et en dernier lieu du péritoine, faisait des progrès aussi énormes que rapides. Les lésions de la vessie étaient en effet, à l'autopsie, relativement minimales à côté de celles des autres appareils, et les reins, les uretères, l'urètre étaient sains.

23. Phlegmatia alba dolens de la veine jugulaire externe et des veines du membre supérieur gauche, à la période cachectique d'une pneumonie caséuse; par M. LEJARD, interne des hôpitaux.

La nommée Clouet Adeline, âgée de 42 ans, blanchisseuse, entre dans le service de M. GOURAUD, à l'hôpital Saint-Antoine, le 8 janvier 1882.

Antécédents. La mère est morte après avoir eu de nombreuses hémoptysies. Comme antécédents personnels, la malade a eu beaucoup de privations, a vécu dans la misère, etc. Il y a huit mois, à la suite d'un refroidissement, elle a eu des hémoptysies répétées. Diminution de l'appétit; perte des forces, etc.

A son entrée à l'hôpital : état cachectique avancé. A la percussion, matité dans la moitié supérieure du poumon gauche. La percussion est douloureuse et amène des quintes de toux. A l'auscultation, gargouillement et souffle caveux au même niveau. Dans le poumon droit, souffle et râles sous-crépitants, disséminés dans toute la hauteur du poumon.

19 janvier. Œdème léger de la main gauche et de l'avant-bras. Douleur au pli du coude, exagérée par la pression et les mouvements de l'avant-bras sur le bras. Le lendemain, l'œdème est généralisé à tout le membre supé-

rieur gauche et à la partie latérale gauche du cou. Cordon dur, douloureux suivant le trajet des veines du pli du coude à la gouttière bicipitale interne et au creux axillaire. Thrombose au niveau de la veine sous-clavière de la jugulaire externe et de son anastomose avec la jugulaire antérieure. La température du bras gauche est de 5 dixièmes de degré inférieure à celle du bras droit. Battements du cœur très fréquents, sans souffle appréciable. Pouls petit, filiforme. Asphyxie progressive. Décès le 21 janvier 1882.

AUTOPSIE. — *Poumon gauche.* Caverne au sommet gauche. Pneumonie avec des points de ramollissement multiples dans le poumon gauche et toute la hauteur du poumon droit. Thrombose occupant les veines profondes de l'avant-bras, les deux veines humérales, la veine axillaire et la sous-clavière. Les veines superficielles de l'avant-bras et du bras sont libres, toutefois, l'extrémité supérieure de la veine céphalique est le siège d'une coagulation veineuse. Nous trouvons encore un caillot, de formation ancienne et adhérent aux parois veineuses, dans la jugulaire externe, dans son anastomose avec la veine jugulaire antérieure, et dans la veine acromio-thoracique. Le tronc veineux trachéo-céphalique gauche, les veines jugulaires antérieure et interne du même côté sont parfaitement libres, en sorte que la circulation collatérale a pu s'établir de ce côté, ce qui explique l'absence de phénomènes pathologiques du côté gauche de la face.

RÉFLEXIONS. — La thrombose veineuse à la période cachectique de la phthisie pulmonaire n'est pas un fait rare; la seule raison qui nous détermine à publier cette observation est la localisation exceptionnelle de la coagulation veineuse dans les veines du cou et dans la jugulaire externe en particulier.

24. Ramollissement de l'insula gauche. — Aphasie. — Hémiplegie droite; par M. P. MARIE, interne des hôpitaux.

L. R..., 70 ans, frappée d'une attaque d'apoplexie, est transportée à l'infirmerie de la Salpêtrière dans le service de M. CHARCOT. Le lendemain matin, on constate une hémiplegie droite (face et membres). Réflexes tendineux à peu près égaux des deux côtés. Pas d'hémi-anesthésie. La malade n'est pas dans le coma, quoiqu'elle soit encore évidemment un peu sous le coup de l'ictus apoplectique; elle ne parle pas et ne pousse qu'un son inarticulé : ha-ha...

elle donne la main aux personnes qui approchent de son lit et reconnaît les infirmières qui la soignent; malgré plusieurs tentatives, il est impossible de s'assurer si elle comprend ou non ce qu'on lui dit, mais, vu l'état de son intelligence, on ne peut affirmer qu'elle soit réellement atteinte de surdité verbale. Eschare fessière. Mort par pneumonie, le onzième jour, sans modification ni amélioration du langage.

AUTOPSIE. — Ramollissement des deux tiers postérieurs de la circonvolution de l'insula, allant en augmentant de profondeur d'avant en arrière, ayant envahi la partie correspondante de l'avant-mur et de la capsule externe, et s'étendant au corps strié, dont sur la coupe de Flechsig on voit la moitié postérieure de la zone externe atteinte par la lésion; celle-ci, en arrière, vient affleurer au point où la capsule externe et la capsule interne se réunissent à angle aigu, au niveau de l'angle postérieur du noyau lenticulaire.

Sur une coupe verticale, il semble que la lésion n'est pas exclusivement limitée à l'insula, mais empiète aussi légèrement sur les fibres qui partent du pied de la troisième frontale. Caillot déjà ancien dans la branche de la sylvienne qui se rend à l'insula.

La capsule interne ne semble pas atteinte, il est probable que l'hémiplégie devait être attribuée à la compression de cette région, par le foyer qui siégeait à la partie externe du noyau lenticulaire.

25. Fracture du fémur. — Paralysie générale. — Mort. — Autopsie; par M. OZENNE, interne des hôpitaux.

X..., journalier, âgé de 36 ans, est apporté dans la soirée du 2 novembre 1881, salle Sainte-Vierge, service de M. le professeur GOSSELIN (M. BERGER suppléant), pour une fracture de cuisse.

A l'obligeance de M. le Dr Henriet, chef de clinique, nous devons les renseignements qui suivent. Quelques instants avant son entrée à l'hôpital, X..., en portant une charge relativement légère, était tombé dans la rue, peut-être sous l'influence d'un court vertige, et s'était brisé le fémur gauche, bien que la chute ait paru se faire sur le côté droit. On constatait une déformation très marquée de la partie moyenne de la cuisse, avec convexité antérieure, mobilité et un peu d'épanchement sanguin et l'on notait en même temps que le blessé, souffrant peu du membre fracturé,

paraissait s'inquiéter davantage d'une petite plaie contuse insignifiante du genou droit, qu'il parlait en bégayant et qu'il était sous le coup d'une surexcitation intellectuelle très marquée et même d'un certain degré d'incohérence, troubles que l'on attribua tout d'abord à l'ivresse.

Or, d'après les renseignements puisés auprès de sa femme, on apprit plus tard qu'il ne buvait jamais avec excès; mais que son caractère avait subi de notables modifications depuis trois ou quatre mois; jadis calme, doux et tranquille, il était par moments très agité et se laissait facilement aller à des accès de colère nullement motivés ou à des accès de tendresse que rien ne provoquait, et qui se terminaient souvent par un flux abondant de larmes. La parole était devenue hésitante, tremblante; la pensée n'était plus exprimée qu'avec lenteur; la mémoire faisait défaut et de temps à autre il se plaignait de lassitude, de fatigue générale et de douleurs de tête.

Avant l'apparition de ces phénomènes morbides, cet homme, tout en étant d'une constitution en apparence débile, n'avait jamais été malade et sur lui on ne constatait aucune trace de lésions soit strumeuses, soit syphilitiques.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il présentait le même état général que la veille et en outre on remarquait de l'inégalité pupillaire: la pupille droite était largement dilatée, mais, les jours suivants, on vit le phénomène inverse se produire et la pupille gauche devenir à son tour la plus large.

Pendant deux jours, le malade eut de la rétention d'urine, pour laquelle on pratiqua le cathétérisme, sans difficulté et sans conséquence fâcheuse. Dans les dix jours qui suivirent l'accident, le blessé, laissé dans une gouttière où il était suffisamment immobilisé, fut sans cesse agité et en proie au délire; il perdait ses matières, se remuait, pleurait, il avait des accès de colère; puis, tous ces accidents s'amendèrent et l'état général parut s'améliorer un peu.

Il fut soumis à l'extension continue vers la fin de novembre, trois semaines après son entrée; mais bientôt la contre-extension ne put être continuée à cause de la réapparition des phénomènes délirants qui nécessitèrent la camisole de force et empêchèrent toute contention rigoureuse.

Vers le 15 décembre, on constatait le début d'une eschare large et profonde à la région sacrée. ce qui fut encore un obstacle à la contre-extension. Durant les quinze derniers jours du même mois, rien ne vint s'ajouter aux troubles

intellectuels, ni à l'état de faiblesse, déjà très accentué; mais, la première semaine de janvier fut marquée par des frissons, une élévation de température, qui oscillait entre 38° et 39°, et par un retour de l'agitation et du délire nocturne. Notre malade faisait du pus, et bientôt au niveau de la fracture paraissait une tuméfaction qui, en quelques jours, acquit un volume considérable. Cette collection purulente fut ouverte, drainée; il s'échappa une quantité considérable de pus fétide. Dans les jours suivants, malgré des lavages et des pansements phéniqués quotidiens, l'état général devint plus grave et éloigna toute idée d'intervention plus active; l'albumine parut dans les urines, et, le 25 janvier, le malade succombait à l'infection putride.

AUTOPSIE. — Elle ne révèle de lésions que du côté du cerveau et de la cuisse gauche; tous les autres organes sont normaux. Les *méninges crâniennes* sont le siège d'une vascularisation très accentuée et sont infiltrées d'un liquide trouble, dans lequel nagent de petits flocons blanchâtres; opaques, épaissies, elles adhèrent à la masse cérébrale dans toute l'étendue de la face externe des hémisphères, et lorsqu'on les sépare des circonvolutions, elles laissent sur celles-ci un piqueté rougeâtre et très prononcé. La substance cérébrale n'est pas ramollie et ne se désagrège pas; les ventricules renferment une certaine quantité de sérosité trouble et leur surface interne ne paraît pas aussi unie qu'à l'état normal.

Les masses musculaires de la cuisse gauche sont en grande partie détruites; ce qu'il en reste présente une coloration noirâtre et se laisse facilement déchirer. Les vaisseaux et les nerfs sont intacts, de même que les articulations de la hanche et du genou, cette dernière vide d'épanchement.

Les parties molles enlevées, on a sous les yeux une fracture du fémur très oblique, un peu spiroïde, taillée en biseau, et s'étendant de la partie moyenne de l'os à trois centimètres au-dessous du petit trochanter. Le fragment inférieur est dirigé en haut et un peu en dehors, ayant subi une ascension de trois centimètres au plus; il est relié au fragment supérieur et maintenu dans cette situation par de nombreuses brides ostéo-périostiques qui les entourent presque complètement et leur forment une sorte de gaine, de coque, qui aurait pris part à la formation du cal.

Dans l'intérieur de cette coque, constituée par le périoste et le tissu cellulaire périphérique, et qui déjà avait subi les transformations cartilagineuse et peut-être osseuse, se trouvent les deux fragments, baignant dans le pus et en

partie nécrosés ; aucune réunion directe n'existe entre eux, et ils ne sont reliés l'un à l'autre que par les brides qui les engainent.

RÉFLEXIONS.—L'intérêt de cette observation porte sur deux points : l'un a rapport à la cause et l'autre à la réparation de la fracture. Malgré la plaie suppurante, il y a eu formation de cal, et si la suppuration se fut tarie, si le malade n'eut pas succombé à la septicémie, il est probable que plus tard on aurait trouvé, au centre de la coque osseuse, ainsi que le faisait remarquer, dans une de ses leçons cliniques, notre excellent maître, M. Berger, une nécrose encapsulée ; on pouvait encore, devant la succession des faits qui ont marqué l'évolution de la fracture, établir un facile rapprochement avec l'ostéo-myélite.

Quant à la cause, il paraissait assez difficile de se prononcer, et une hypothèse seule était permise. Ne devait-on invoquer aucune autre cause que le traumatisme, tout faible qu'il eût paru être ? Ou bien la paralysie générale n'avait-elle pas quelques droits à faire valoir dans la production de cette fracture ? N'était-on pas en un mot en présence d'une fracture spontanée ? Cette dernière opinion semblait la plus probable, et, pour cesser d'être hypothèse, il lui fallait la sanction du microscope ; mais c'est ce qui n'a pas eu lieu ; l'examen histologique est resté muet ; l'os était sain, ainsi que l'ont prouvé les recherches de notre très obligeant collègue, M. Dérignac.

26. Bronchopneumonie gangréneuse primitive chez un adulte ; par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

Un jeune homme de 23 ans, exerçant le métier pénible de relayeur aux stations d'omnibus, entre le 23 janvier au n° 20 de la salle Saint-Augustin, dans le service de M. MOUTARD MARTIN, suppléé par M. HANOT.

A son arrivée dans le service, son état de suffocation était tel que la religieuse, redoutant une mort immédiate, le fit couvrir aussitôt de sinapismes.

Le soir, à la visite, je le trouve revenu à lui, mais respirant avec une extrême difficulté. La bouche est ouverte, le thorax fait de courtes et rapides excursions, la face est pâle et couverte de sueur. Cependant, la température est élevée, et, dans l'aisselle le thermomètre marque 40°, 8.

Ce malade, pouvant nous donner quelques renseignements, nous apprend qu'il était habituellement d'une forte santé. Ses membres sont en effet d'une force remarquable, il nous paraît très vigoureusement constitué. La maladie aurait débuté il y a quatre jours après un refroidissement, par des frissons répétés, de la toux et des douleurs dans toute l'étendue de la poitrine : sa sonorité thoracique est normale, les poumons sont tous les deux remplis de râles sibilants et ronflants auxquels se mêlent des râles trachéaux très intenses.

24 janvier. *Matin*. L'état général n'est pas amélioré, la prostration est très grande à la base du poumon gauche, on entend des râles sous crépitants, qui dénotent la présence de foyers assez étendus de broncho-pneumonie, jointe à du catarrhesuffocant qui envahit les deux poumons.

Les crachats sont visqueux, brunâtres et d'une odeur gangréneuse infecte. Ipéca 2 grammes. Potion de Todd.

Soir. Le vomitif a produit peu d'effet. La dyspnée est cependant légèrement diminuée et la température abaissée à 38°.4. Mais l'état général demeure aussi grave.

25 janvier. *Matin*. La dyspnée diminue. Les crachats perdent leur couleur brunâtre et leur odeur fétide. T. 30°. Ventouses sèches. Kermès. -- *Soir*. Le délire n'a pas quitté le malade pendant la journée, l'agitation est violente. La température se maintient à 39°.

26 janvier. Mort à trois heures du matin.

AUTOPSIE. — Le foie est gros et un peu gras, les reins congestionnés à la coupe. La rate est grosse et diffluent, l'intestin n'offre aucune altération. Le cœur montre à la surface interne du péricarde les lésions de la péricardite au début. Les deux faces de la séreuse sont poisseuses, sans épanchement. Le myocarde présente peu d'altérations.

Le poumon droit est congestionné d'une manière intense, sa coupe laisse échapper un suintement abondant de sérosité spumeuse et sanguinolente. Le poumon gauche est rendu très fortement adhérent à la paroi thoracique par des fausses membranes de pleurésie gangréneuse, entre lesquelles se trouve interposé un léger épanchement de liquide noirâtre et fétide. A la coupe, ce poumon montre à son sommet un foyer de gangrène du volume d'une petite orange. Les grosses bronches sont remplies d'un liquide brunâtre. Le reste du parenchyme pulmonaire est congestionné dans toute son étendue.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause de la marche si rapide des accidents qui amènent la mort du malade après trois jours à peine de séjour à l'hôpital.

Elle nous semble remarquable surtout par la forme gangréneuse de la broncho-pneumonie chez un adulte très vigoureux et chez lequel nulle diathèse ne venait enlever aux tissus leur résistance vitale et favoriser la gangrène.

Est-ce l'alcoolisme et la misère physiologique causée par une profession pénible et peu rétribuée qui se révèlent ainsi tout à coup à l'occasion d'une maladie aiguë ?

Ces deux causes ont été sans nul doute d'un grand poids dans l'évolution rapidement infectieuse de la maladie, et de ce fait on peut tirer un enseignement pronostique important pour les cas analogues, peu rares dans la clientèle des hôpitaux.

27. Myo-péricardite aiguë. — Granulie. — Insuffisance mitrale ; par M. Albert Josias, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Dechène Antoinette, âgée de 45 ans, est entrée le 30 août 1881 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, lit n° 3, service de M. le professeur HARDY.

Antécédents héréditaires. Père mort de pleurésie à un âge avancé. Mère morte de vieillesse. A quatre frères qui sont tous très bien portants.

Antécédents personnels. Cette femme a toujours joui d'une excellente santé ; n'a eu ni fièvres éruptives, ni syphilis, ni rhumatisme. Pas d'alcoolisme. Depuis huit mois environ, elle est sujette à des palpitations de cœur et a « l'haleine courte ». Le soir ses jambes enflaient au niveau des malléoles. En même temps, affaiblissement général et perte de l'appétit.

Lors de son entrée à l'hôpital, on constate une teinte subictérique des téguments : la malade est anxieuse et se plaint continuellement. L'auscultation de la poitrine révèle des râles ronflants et sibilants disséminés, surtout à gauche. Toux fréquente. Crachats muqueux, aérés, palpitations ; les battements sont rapides, désordonnés, avec faux pas, intermittents ; mais on ne perçoit aucun souffle. Au mois de novembre, M. Hardy constata à la pointe du cœur, au premier temps, un léger souffle systolique. Ce souffle systolique, n'augmenta pas d'intensité les jours

suivants. Le foie est hypertrophié et douloureux à la palpation et à la percussion.

L'état de cette malade ne se modifia nullement durant les mois de novembre et de décembre ; toutefois, dans les derniers jours de décembre, survinrent un œdème de plus en plus marqué du côté des membres inférieurs et un léger degré d'ascite.

10 janvier. La malade a une dyspnée intense : 44 respirations par minute. Le pouls est petit, fréquent, régulier, accuse 144 pulsations. Les pommettes sont rouges. Les conjonctives ont une teinte subictérique. — *Poumons* : La percussion montre partout de la sonorité. A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants peu nombreux et disséminés. — *Cœur* : Au niveau de la base, il existe un bruit de frottement intense, d'autant plus marqué que la malade suspend sa respiration. Ce bruit de frottement augmente d'intensité lorsque la malade est assise. Douleur sternale provoquée par la palpation. Aucune sensation douloureuse, en avant, ou en arrière de la poitrine. Ni dysphagie, ni point phrénique au niveau des scalènes ; ni point douloureux au niveau du creux épigastrique.

13 janvier. Les frottements péricardiques persistent et s'étendent à la pointe du cœur, au niveau de la base de l'appendice xyphoïde. Point douloureux à ce niveau. Le foie est indolent à la percussion. Les veines jugulaires battent violemment. L'oppression est moins intense. Œdème considérable des membres inférieurs, légère ascite.

17 janvier. (Œdème des paupières. Abattement extrême, affaissement. La malade ne peut répondre aux questions qui lui sont adressées. Pas de dilatation des pupilles. Pas de paralysie. Les battements du cœur sont précipités. A l'auscultation, bruit de scie à la base. Râles sous-crépitaux aux deux bases des poumons.

18 janvier. La parole est lente, embarrassée ; la malade semble chercher ses mots et répond péniblement aux questions qui lui sont adressées. Le pouls est extrêmement petit, régulier, bat à 180 pulsations. — *Soir* : La malade, assise sur son lit, a la tête très inclinée sur la poitrine, est somnolente, répond lentement, indistinctement aux questions. Elle cherche ses mots, ses phrases, ne peut produire, en un mot, aucune réponse. La figure égarée exprime de temps en temps une impatience passagère. Les paupières sont œdématisées ; la figure est bouffie, les pommettes rosées. Pas de strabisme, les pupilles sont régulières. La langue est humide et légèrement déviée à droite. Oppression légère, toux grasse, crachats peu abon-

dants, muqueux, aérés, très légèrement visqueux. Au niveau de la région stomacale, frottements péricardiques intenses; bruit de scie très marqué, persistant. Pas de dysphagie, œdème considérable des membres inférieurs. Ascite notable. Le foie est douloureux à la palpation et à la percussion. A la base des deux poumons, en arrière, râles sous-crépitaux nombreux.

21 janvier. La malade est couchée sur le côté droit, le corps à demi fléchi; faciès bouffi. Langage incompréhensible, torpeur, oppression intense. Pouls fréquent, régulier, petit, 148 pulsations. — *Poumons*: Sonorité partout. Râles sibilants disséminés, respiration accélérée. Vousure précordiale. Les bruits du cœur ne sont pas perçus par la palpation. A l'auscultation, on les perçoit très lointains, très profonds. Légers battements des jugulaires. Ascite. Œdème considérable des membres inférieurs. Le foie hypertrophié est douloureux. Pas de selle depuis la veille. Traitement: Potion, extrait de quinquina 4 grammes; Cognac, 40 gr., lavement avec 30 gr. de sulfate de soude; 20 ventouses sèches en arrière de la poitrine.

Décédée le 22 janvier 1882.

AUTOPSIE. — *Cavité thoracique.* On trouve à droite des adhérences pleurales multiples et très résistantes, le poumon est consistant, dur au toucher; à la coupe, on trouve un semis de petits points blanchâtres, jaunâtres (tuberculose) et il s'écoule un liquide sanguinolent, spumeux, aéré. Un fragment de ce poumon jeté dans l'eau surnage. A gauche, on trouve quelques adhérences de la plèvre: à la surface du poumon, on aperçoit quelques granulations jaunâtres. Ce poumon est moins congestionné que le droit, mais il présente à la coupe des granulations semblables à celles qui ont été observées dans tout le poumon du côté opposé.

En ouvrant le péricarde, on constate un épanchement d'environ un litre d'un liquide séreux, jaune citrin, au milieu duquel nage le cœur. Le feuillet pariétal présente des adhérences multiples et lâches, principalement à la base. On constate aussi la présence d'un exsudat jaunâtre découvrant complètement le cœur; cet exsudat est hérissé de petites saillies papillaires et a toutes les apparences de la langue de chat. En aucun point de l'exsudat on ne trouve de caillot.

Le péricarde épaissi est d'un blanc jaunâtre. Le muscle cardiaque présente une teinte brun fauve. Les muscles papillaires ne sont pas très volumineux. Le muscle cardiaque est épaissi principalement au niveau de l'oreillette

gauche et du ventricule droit. La valvule tricuspide, vue par l'oreillette, offre à son bord adhérent des nodules athéromateux saillants; son bord libre est inégal, irrégulier. La valvule mitrale présente un bord libre légèrement épaissi, athéromateux. Ces deux valvules mitrale et tricuspide sont insuffisantes, surtout la première. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire présentent plusieurs points d'athérome. A l'œil nu, pas de tubercules miliaires dans le muscle cardiaque.

Cavité abdominale. Le foie pèse 2 k. 290 gram. A la surface, on aperçoit de petites granulations jaunes, isolées, qui sont en assez grand nombre, principalement sur le lobe gauche. Cet organe est dur à la coupe, et sa surface de section présente une coloration rouge acajou. Cette surface de section est caractérisée par de petits points d'un rouge brunâtre répondant au centre du lobule hépatique (veine centrale) circonscrits par une coloration blanchâtre; çà et là on constate des granulations jaunâtres, lisses, ayant les dimensions d'un grain de millet (foie cardiaque). La rate pèse 290 grammes; elle se laisse facilement pénétrer par le doigt; on n'y constate pas de granulations tuberculeuses.

Les reins sont congestionnés, se décortiquent facilement; dans la couche corticale, on trouve des granulations d'un jaune blanchâtre. La muqueuse de l'estomac ne présente rien de particulier. La muqueuse de l'intestin n'est nullement ulcérée.

Les organes génitaux ne contiennent aucune granulation tuberculeuse. Le péritoine contient deux litres et demi d'un liquide jaune citrin, sans exsudat fibrineux.

Cavité crânienne. Les méninges ne sont pas adhérentes à la voûte crânienne. Les vaisseaux de la pie-mère sont très légèrement congestionnés. Les vaisseaux qui serpentent dans les anfractuosités sont très visibles; ceux qui se trouvent sur le bord libre des circonvolutions sont anémiés. Dans la région pariéto-occipitale de l'hémisphère gauche, sur le sillon temporal parallèle, il existe un exsudat fibrineux entourant tout le vaisseau correspondant; à la partie postérieure de ce même sillon, il existe une plaque fibrineuse, trouble, qui a les dimensions d'une pièce de un franc. Çà et là, dans la même région, on trouve quelques petits points blancs, granuleux, suivant le trajet des vaisseaux. A la partie postéro-supérieure du même hémisphère, au niveau du pli courbe, on constate sous la pie-mère la présence d'une sérosité d'un jaune

citrin (œdème) et dans cette même région, au niveau des vaisseaux, on voit des granulations tuberculeuses semblables à celles qu'on constate dans les autres viscères.

Examen microscopique.— Le jour même de l'autopsie, nous pratiquons l'examen du muscle cardiaque en dissociant les fibres dans le picrocarminate d'ammoniaque. Plusieurs préparations sont faites dans ces conditions et éclaircies dans la glycérine. Elles permettent de constater une prolifération nucléaire des fibres musculaires, ainsi que la présence de cellules embryonnaires disséminées au milieu de ces dernières. Nous ne constatons ni dégénérescence vitreuse, ni dégénérescence granulo-graisseuse.

Sur des fragments de muscle cardiaque durcis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, nous pratiquons des coupes qui montrent le tissu conjonctif hyperplasié et les fibres musculaires non envahis par la dégénérescence granulo-graisseuse. Nous n'avons pas constaté sur nos diverses préparations l'existence de granulations tuberculeuses.

RÉFLEXIONS.— Cette observation nous paraît intéressante au point de vue des difficultés cliniques qui n'ont cessé de surgir, depuis le moment de l'entrée de la malade à l'hôpital jusqu'au jour où elle a succombé; elle nous semble également instructive en raison des diverses lésions anatomiques qui ont été relevées et qu'il était bien difficile de prévoir. Tout d'abord, on songe à une myocardite, que caractérisaient des bruits cardiaques, irréguliers, intermittents, avec faux pas et à l'exclusion de tout souffle valvulaire. La myocardite elle-même échappe alors à une étiologie bien définie, puisqu'on ne trouve dans les antécédents de la malade aucune diathèse, aucune maladie infectieuse, rien en un mot qui puisse expliquer une inflammation chronique du myocarde. Plus tard, la constatation d'un souffle systolique à la pointe du cœur permet d'établir une relation entre l'insuffisance mitrale et les symptômes d'œdème, de congestion hépatique, de congestion pulmonaire. Enfin, survient une péricardite aiguë avec épanchement, ne se signalant par aucune anomalie clinique et la malade succombe avec des phénomènes cérébraux, qui font moins songer à une méningite qu'à une anémie cérébrale. L'autopsie confirme nos prévisions en nous permettant de constater une lésion mitrale et une péricardite

aiguë avec épanchements séreux ; elle nous révèle également la présence de granulations tuberculeuses disséminées dans tous les viscères. Les granulations miliaires de la pie-mère viennent donc nous donner l'explication de ces troubles cérébraux qui ont été mentionnés dans les derniers jours de la maladie. Sommes-nous en droit de déclarer que ces granulations se sont produites seulement dans les derniers temps de la maladie, par le fait même de la déchéance de l'économie qu'entretenait une affection organique ancienne du cœur ? Nous n'oserions certes nous hasarder à établir ce parallèle, malgré l'absence de tous signes qui aient pu nous faire songer à la granulie depuis le mois d'août 1881, époque à laquelle la malade est entrée à l'hôpital jusqu'au 22 janvier 1882. Quoi qu'il en soit, la granulie existe. Devons-nous maintenant lui rapporter et la péricardite aiguë et la myocardite par prolifération nucléaire ? Nous avons, en effet, une certaine tendance à regarder non seulement la péricardite comme une des manifestations de la granulie, mais même la prolifération nucléaire des fibres musculaires du cœur comme une inflammation identique à celle qu'on a déjà mentionnée dans la fièvre typhoïde. Nous émettons une hypothèse, rien de plus.

28. M. POIRIER présente une pièce recueillie sur un cadavre de l'Ecole pratique. Il s'agit d'un *hypospadias* assimilant un *hermaphrodisme*. Cet hypospadias est-il congénital ou acquis ? M. Poirier, s'appuyant sur le développement normal des vésicules séminales, de la prostate et des testicules, et sur les renseignements recueillis, pense qu'il s'agit d'un hypospadias acquis, consécutif à un coup de pied de cheval que cet homme aurait reçu vers l'âge de 40 ans au niveau des parties génitales.

29. M. DIDION montre un cas de *rétrécissement de l'artère pulmonaire*, probablement acquis ; il n'y avait pas de tuberculose dans les poumons. Le foie pesait 2,200 grammes et d'après l'examen fait par M. Cornil, présentait les lésions de la cirrhose hypertrophique.

30. M. REYNIER communique les résultats de ses recherches sur l'anatomie de l'articulation de l'épaule. Il

signale deux bandelettes fibreuses, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du tendon du sous-scapulaire. Insiste surtout sur le mode d'insertion de ces bandelettes, sur leur continuation avec les fibres du fourreau glénoïdées, et sur leur entrecroisement en X.

28. M. CHATELAIN présente les reins d'une femme syphilitique. Ces reins contiennent de petites collections à aspect caséux ou purulent, dues probablement à des granules.

29. M. PARRY montre le moule squaméux complet des pieds et des mains d'un homme de 74 ans, atteint pour la deuxième fois de sclérose.

30. M. GUERIN communique un cas d'obstruction intestinale par volvulus de l'écluse. La malade est restée cinquante-trois jours sans avoir de selles. Le volvulus énormément développé contenant une accumulation de matières fécales dont on peut évaluer le poids à près de 20 kilos.

Le secrétaire.

G. BARRY.

FÉVRIER

Séance du 3 février 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

1. M. DUPLAIX montre un *cerveau d'aphasique* avec lésion du pied de la troisième frontale.

2. M. LECOQ présente le *cœur d'un enfant de trois jours atteint d'endocardite fœtale*,

3. *Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire sans tuberculose du poumon* ; par M. DIDION, interne à la Pitié.

Louis Rost..., âgé de 21 ans, cuisinier, passe dans le service de M. AUDHOUI, le 30 janvier 1882, pour un érysipèle contracté dans le service de M. le professeur VERNEUIL.

Ce jeune homme, atteint d'un varicocèle de volume considérable, était entré dans ce service trois mois auparavant et avait été depuis lors examiné minutieusement au point de vue de certains phénomènes curieux qu'il avait présentés à l'observation. Les testicules, quoique faciles à reconnaître, étaient englobés dans des masses de consistance molles formées par les plexus veineux du cordon dont le volume était singulièrement accru. La dilatation portait en outre sur les veines de la paroi scrotale, dont le diamètre atteignait presque celui d'une plume d'oie. Et quant aux veines formant le cordon à sa sortie du canal inguinal, elles avaient un volume plus considérable encore et leur masse était égale au pouce.

La peau du visage était violacée, les lèvres bleuâtres ; sur l'abdomen et les membres inférieurs, se voyaient des irradiations veineuses très développées ; en certains points, notamment, ce lacis veineux sous-cutané était très serré et formait de véritables taches bleuâtres.

Tous ces phénomènes avaient débuté progressivement, et le malade put en faire remonter l'origine à cinq ou six années auparavant; vers cette époque, et sans qu'on ait pu trouver de rhumatisme antérieur, le malade avait senti pour la première fois de violentes palpitations, s'accompagnant d'un essoufflement rapide au moindre effort.

Cette généralisation des dilatations veineuses et la difficulté de la circulation indiquaient une lésion cardiaque. A l'auscultation, on constatait l'existence d'un souffle râpeux, systolique, ayant son maximum un peu en dedans du mamelon gauche, ne se prolongeant pas dans les vaisseaux du cou. L'hésitation fut générale, les avis partagés, et le malade fut présenté à la *Société de biologie* par M. Duret, chef de clinique chirurgicale. Le diagnostic posé fut celui d'une *communication inter-ventriculaire*.

Un mois après, le malade se refroidit, contracte une *angine*, probablement herpétique, et, trois jours après, un *érysipèle* apparaît au niveau des narines et s'étend rapidement à toute la face. Le 20 janvier, au troisième jour de sa maladie, il passe dans le service de M. Audhoui, où nous le trouvons avec un gonflement énorme de la figure, du cou et une adynamie déjà très marquée.

Le traitement consista en applications de compresses émollientes, et, à l'intérieur, l'alcool fut administré pour combattre l'adynamie. Le mardi 24 janvier, la tête était devenue énorme; le pouls à peine perceptible; le refroidissement très marqué, aux extrémités surtout.

Le souffle, entendu à la région cardiaque, indiquait une lésion, qui, quoique n'ayant pu être précisée, aggravait le pronostic. Ce même jour, à 4 heures du soir, le malade mourait presque subitement, sans avoir présenté d'autres phénomènes.

AUTOPSIE. — *Cœur* : 530 gr. Surface lisse; graisse dans les sillons. *Cœur gauche* : volume à peu près normal, surface un peu déprimée comme celle du ventricule droit à l'état ordinaire. Orifice aortique : diamètre et valvules normaux, pas d'endocardite.

Orifice mitral : rien de particulier. — *Cœur droit* : surface bombée; volume plus grand que celui du ventricule gauche. — Orifice de l'artère pulmonaire très rétréci, de forme triangulaire. Les trois valvules sont adhérentes par leurs bords irréguliers et, sur la valvule postérieure, font saillie deux petits tubercules d'un blanc rosé; le diamètre de cet orifice est égal à celui d'une plume d'oie et l'eau versée dans l'artère n'est plus retenue par les valvules insuffi-

santes et rigides. La cavité du ventricule est dilatée. Il n'existe aucune communication entre les deux oreillettes ou les deux ventricules.

Reins : le droit pèse 180 gr.; le gauche 175 gr. Surface unie, blanche. Consistance un peu ferme. — *Rate* : 570 gr., coloration foncée, résistante à la section. — *Foie* volumineux (2200 gr.) Surface irrégulière, bosselée. L'examen histologique fait par M. Cornil révèle les lésions de la *cirrhose hypertrophique*. — Poumons splénisés, examinés avec le plus grand soin, on n'y trouve aucune trace de tubercules.

Veines du membre inférieur : diamètre augmenté, parois épaissies; la crurale par exemple, se distingue avec peine de l'artère, et, après la section, elle reste béante.

RÉFLEXIONS. — En résumé, le malade présentait une série de lésions indépendantes probablement les unes des autres. La lésion cardiaque, dont le début paraît remonter à 15 ans, ou qui du moins ne s'était révélée jusque-là par aucun symptôme, a été la cause de l'adynamie à laquelle le malade a succombé, sans délire, avec refroidissement très marqué. Remarquons aussi l'absence de tubercules, avec une lésion de date déjà ancienne, c'est encore un cas à ajouter à ceux déjà nombreux de rétrécissement de l'artère pulmonaire sans tubercules du poumon.

4. Fièvre typhoïde. — Gangrène spontanée de la jambe. — Artérite; par M. H. de GASTEL, interne des hôpitaux.

X... âgé de 25 ans, terrassier, entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, n° 9, le 27 décembre 1881 (service de M. J. GUYOT).

Il est au dixième jour environ d'une fièvre typhoïde à forme adynamique, mais cependant dont le pronostic ne paraît pas inquiétant. Jusqu'au 9 janvier, il ne présente rien d'extraordinaire. Ce jour, douleur vive dans la jambe droite avec refroidissement et pâleur du membre, disparition des battements artériels jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, perte de sensibilité s'étendant depuis le pied jusqu'à une ligne passant un peu au-dessus de la partie moyenne du mollet.

11 janvier. Apparition de l'eschare se délimitant dès ce jour à la ligne zone de la sensibilité. Les jours suivants, l'état général s'aggrave, le malade souffre beaucoup, ne s'alimente pas; on porte un mauvais pronostic.

28 janvier. Depuis 3 ou 4 jours, l'appétit est un peu revenu, hier on a vu apparaître le sillon d'élimination. La gangrène est sèche et momifiante au niveau des orteils et du pied, mais à la jambe c'est de la gangrène humide qui commence à répandre une odeur infecte. On se décide à l'amputer au tiers inférieur de la cuisse.

2 février. Le malade allait très bien. Sa plaie pansée suivant la méthode de Lister paraissait même se réunir par première intention; hier, on avait fait le premier pansement et jusqu'alors le malade n'avait pas eu de fièvre. Ce matin son moignon se met à saigner; il avait déjà beaucoup perdu de sang, quand on s'aperçoit de l'hémorrhagie. On va chercher l'interne de garde, qui arrive malheureusement trop tard; le malade avait une syncope à laquelle il succomba.

AUTOPSIE. — Elle montre tout d'abord les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde en voie de réparation; les *ulcérations intestinales* étaient encore assez marquées: l'hémorrhagie qui avait été la cause de la mort provenait d'une petite artériole de la partie postérieure du moignon, dans les environs du sciatique. La fémorale était bouchée par un caillot remontant à 2 cent. au moins et était saine sur toute son étendue.

Voici maintenant quel était l'état de la *jambe* malade, qui fut disséquée deux heures après l'amputation. Rien dans le système veineux, si ce n'est un léger caillot développé dans la veine saphène externe; les veines fémorale, poplitée et tibiales sont perméables. — Dans les artères, nous trouvons un caillot remontant presque jusqu'à la partie supérieure de la poplitée, caillot noirâtre, adhérent, occupant toute la lumière du vaisseau; au-dessus de ce caillot l'artère paraît saine.

La longueur de ce caillot est de 2 à 3 centimètres; au-dessous, l'artère est remplie par un liquide sanieux, jaune rougeâtre, puriforme, qui est constitué d'une substance granuleuse, contenant un certain nombre de cellules embryonnaires; l'artère à ce niveau a perdu de son élasticité, elle se laisse étaler et distendre, elle a une coloration plus terne que celle de la fémorale, elle est molle et friable. Pas de vascularisation.

Ces lésions, qui correspondent au creux du jarret, s'étendent sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Au-dessous, le calibre des artères est bouché de nouveau par un caillot adhérent, noir, se prolongeant dans les tibiales et péronières. Au milieu des masses putrilagineuses, on reconnaît facilement les nerfs et les gros vaisseaux, qui soutiennent les

masses musculaires en putréfaction, et qui paraissent comme disséquées.

L'examen histologique de l'artère a été fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu; la pièce a été durcie dans l'acide picrique, gomme et alcool. L'artère fémorale au niveau de la ligne d'amputation n'offre pas d'altération, elle est absolument saine. Nous trouvons au contraire des lésions d'artérite et même d'artérite très avancées sur la poplitée.

Dans les points les moins malades, les trois tuniques sont également prises, sans qu'on puisse reconnaître si au début l'une d'elles a été le siège primitif de l'inflammation. La tunique externe est gorgée de cellules embryonnaires, qui, par endroits, ont fusé du côté de la tunique moyenne et ont détruit même la lame élastique externe. La tunique moyenne contient aussi des noyaux de nouvelle formation, mais en moins grande quantité. La tunique interne est épaissie et végétante. Par endroits, à sa surface, on voit des détritres de coloration foncée, provenant probablement d'un ancien caillot altéré. La lame élastique interne n'est plus festonnée d'une façon aussi régulière qu'à l'état normal; elle est comme brisée par places.

Dans les points les plus malades, les tuniques artérielles sont envahies par les noyaux de nouvelle formation, à ce point qu'on ne les reconnaît plus qu'avec peine, l'une de l'autre; elles sont également très friables, elles se dénouent très facilement aussitôt qu'on porte dans l'eau du cristalliseur des coupes assez fines. L'artère tibiale postérieure est saine. Les artères du côté opposé n'ont pas été examinées. La veine poplitée est à peu près saine: on voit seulement quelques rares noyaux disséminés en certains points de la tunique externe; c'est très probablement une lésion secondaire.

5. Note sommaire sur certaines particularités anatomiques de la glande mammaire; par M. H. DURET, chef de clinique chirurgicale.

Dans un concours du prosectorat à la Faculté de médecine, il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de faire un certain nombre de préparations anatomiques de la glande mammaire. Les résultats de ces études ont été exposés dans un mémoire que nous n'avons pas à notre disposition; c'est d'après nos souvenirs et sur des schémas tout à fait conventionnels que nous les faisons connaître à la Société anatomique.

Les procédés d'injection et de corrosion, mis par nous

en usage, nous ont permis de nous rendre un compte exact de la disposition si compliquée des canaux galactophores.

A. Ces canaux sont au nombre de 8 à 12 et n'ont entre eux aucune communication anastomotique. A leur terminaison dans le mamelon, ils sont droits et presque parallèles ; ils ont un premier renflement ampullaire peu avant leur pénétration dans cet organe. Ils peuvent être injectés isolément. Ils se dirigent en divergeant vers les différents points de la périphérie de la glande mammaire, recevant les produits de sécrétions de chacun des lobes. Le conduit principal qui répond à chaque lobe et qu'on pourrait appeler *conduit collecteur* n'est pas rectiligne, il présente des coudes nombreux, assez brusques, très rapprochés les uns des autres, et se produisant alternativement d'un côté à l'autre. C'est au niveau de ces coudes que viennent successivement s'aboucher les conduits secondaires : en ce point existe assez souvent un petit renflement ampullaire. Les conduits secondaires et tertiaires sont aussi coudés en zig-zag comme les précédents ; mais, à mesure qu'on s'approche de la périphérie de la glande, les coudes sont moins accusés et les intervalles qui les séparent diminuent en même temps que s'amoindrit le calibre des conduits vecteurs du lait.

Dans toutes les glandes, mais principalement dans les zones voisines de la circonférence, les conduits galactophores d'un même lobe s'enchevêtrent avec ceux d'un lobe voisin ; ils passent les uns au-dessous des autres, ils s'entrecroisent de telle sorte que celui qui était profond devient superficiel, et réciproquement. Il en résulte une certaine confusion, une sorte d'intrication dans les lobules et dans les lobes de la glande mammaire, surtout près de la périphérie.

B. Sur une préparation par corrosion bien réussie, tout le parenchyme ayant été détruit par les acides et les canaux galactophores restant seuls, isolés dans leur situation normale, on reconnaît que tous ces tubes, des plus petits aux plus gros, forment dans leur ensemble une sorte de cône dont le sommet est au mamelon et la base à la périphérie. Sur la face convexe ou cutanée de ce cône des canaux lactés viennent s'aboucher, par un trajet plus ou moins perpendiculaire, les canalicules collecteurs des lobules primitifs de la glande ; ils simulent dans leur ensemble les végétations parasitaires qu'on trouve sur les branches et les rameaux de certains arbres. Le canalicule d'un lobule primitif est lui-même formé de la réunion des petits canaux des groupes d'acini qui le constituent en irradiant vers un point commun.

Il résulte de cette disposition que la plupart des lobules des grains glanduleux de la mamelle, regardant la face cutanée, sont situés du côté de la peau ; on ne saurait mieux comparer la figuration ainsi produite qu'à celle des capitules de certaines ombellifères. La concavité du cône des canaux lactés est remplie par des lobules glandulaires bien moins nombreux ; les canalicules primitifs s'abouchent sur eux en sens inverse des précédents. On comprend, après cette description, comment lorsqu'on palpe la mamelle, à travers son revêtement cutané, on reconnaît facilement les petites masses glanduleuses formées par les lobules primitifs.

C. Cependant, sur une glande mammaire en pleine évolution sécrétoire, on peut reconnaître que tous les lobules ne sont pas situés sous le tégument. Lorsque par la dissection on enlève la peau, la face convexe de la mamelle semble creusée d'excavations limitées par des saillies irrégulières. C'est à ces saillies, dont les principales suivent le trajet des canaux galactophores, qu'on pourrait donner le nom de *crêtes fibro-glandulaires* ; tandis que les excavations s'appelleraient *fosses adipeuses*.

Lorsque la glande cesse de sécréter et s'atrophie, la profondeur des fosses adipeuses augmente et le peloton de graisse fine qui les comble devient plus considérable. Dans les crêtes et dans le fond des fosses adipeuses, ces parties glandulaires apparaissent sous forme de petits grains rougeâtres, qui semblent incrustés dans un tissu fibreux très résistant, dont le scalpel les isole avec la plus grande difficulté.

D. Lorsque la glande cesse de fonctionner, les canaux galactophores se raccourcissent beaucoup, diminuent de calibre, ainsi que cela a été déjà signalé. Sur des préparations par corrosion, on n'obtient plus que des tubes grêles, ramifiés, sur lesquels n'existent plus de canalicules primitifs et de granulations glandulaires. Ils se sont flétris, atrophiés et ont presque entièrement disparu ; à peine trouve-t-on, ça et là, à de grandes distances, au niveau des coudes, quelques lobules primitifs, presque sessiles, très grêles.

E. Il est facile de s'expliquer cette configuration, ces modes d'abouchement et les coudes des canaux galactophores. Ceux-ci naissent par végétation des cellules de l'épiderme qui occupent le réseau de Malpighi. Chacun des coudes représente un nœud de végétation, qui donnera naissance à un tube secondaire à l'extrémité duquel apparaîtront ensuite les canalicules primitifs et les acini.

F. Les artères de la mamelle l'abordent par les extrémités circonférencielles de ses deux diamètres principaux (artères acromio-thoracique en haut, thoracique longue en dehors, mammaire interne en dedans). Les branches des artères intercostales plongent directement dans la face profonde de la glande; elles cheminent entre les lobes principaux, émettant collatéralement des branches qui se rendent à des lobules différents des lobes voisins. Elles se terminent dans le mamelon, en quelques rameaux fins et parallèles qui rampent entre les tubes des gros canaux galactophores. Quelques rameaux, mais de peu d'importance, rampent entre la face profonde de la peau et la glande; il semble que chacun des canalicules des lobules primitifs est accompagné d'une artériole. Mais, nos recherches ne sont pas encore assez précises pour nous permettre d'entrer dans quelques détails pour ce point particulier.

Les veines, au contraire, sont presque exclusivement sous-cutanées. Dans beaucoup de cas, elles forment un double cercle veineux. Le plus petit est un réseau à mailles petites, situé sous l'aréole; le cercle interne est produit par les anastomoses des quatre veines cardinales, près de la périphérie de la glande. Les veinules des lobules et des acinis situés au-dessous montent perpendiculairement et viennent s'aboucher dans les mailles de ces cercles veineux, perpendiculairement.

G. Cette disposition opposée des appareils veineux et artériels ne se rencontre pas seulement dans la glande mammaire. Dans nombre d'organes, l'arbre artériel est central principalement (quelques artères de moindre volume seulement rampant sous les enveloppes et dans les régions corticales), tandis que le réseau veineux et les troncs qui lui font suite occupent la périphérie. Nous pourrions citer comme exemple le système vasculaire du testicule sur lequel nous avons eu l'occasion de faire quelques recherches dans des circonstances analogues aux précédentes. Dans cette glande, en effet, l'artère spermatique n'envoie sous l'albuginée que deux ou trois branches très grêles; ses troncs principaux pénètrent dans le corps d'Higmore, puis divergent et vont se rendre isolément dans chacune des cloisons qui rayonnent de cette masse fibrocaverneuse. Dans les cloisons, ces branches trabéculaires rampent dans un tissu cellulaire lâche, analogue à la pie-mère, qui recouvre les circonvolutions des tubes spermatiques; elles émettent de petites artérioles arborisées, qui vascularisent la surface des tubes eux-mêmes et les entou-

rent d'un fin réseau capillaire. Les veines principales du testicule, au contraire, flexueuses, convergeant vers la tête ou vers la queue de l'épididyme (plexus veineux de l'artère spermatique et plexus veineux du canal déferent), occupent l'épaisseur même de l'albuginée, se creusent dans l'épaisseur de cette membrane des canaux fibreux, analogues à ceux des sinus veineux dans la dure-mère. C'est à ces veines albuginées que viennent se rendre perpendiculairement les arborisations veineuses qui rapportent le sang des lobules des canaux spermatiques. Il existe aussi quelques veinules dans les cloisons des testicules, mais elles sont peu importantes.

H. Dans le cerveau, comme on le sait, l'appareil veineux central est peu important; il est représenté uniquement par les veines de Galien. Dans le rein, les principales veines qui forment le réseau collecteur sont situées entre les pyramides et la couche corticale, à l'opposite aussi des voies d'apport du sang artériel. Dans le foie et dans le poumon, il y a une anomalie à cette loi générale de la répartition du sang dans les organes; de grosses veines sont centrales, mais elles remplissent un rôle *fonctionnel* tout à fait particulier. Dans les membres, l'appareil veineux superficiel et l'appareil veineux central sont bien développés; ils sont pourvus d'anastomoses nombreuses, de canaux de dérivation, de tubes de sûreté (Verneuil, Le Dentu); c'est que les contractions des muscles qui forment la masse principale obligent le cours du sang veineux à suivre tantôt les voies centrales, tantôt les voies périphériques.

I. Nous croyons trouver l'explication de cette *disposition opposée* des systèmes artériel et veineux dans le mode de développement embryonnaire des organes eux-mêmes. La plupart ne sont au début qu'une petite masse de tissus et de cellules embryonnaires, appendus à une artère. Celle-ci les pénètre par un tube plus ou moins distinct, et verse le sang dans tout leur réseau capillaire. Le liquide sanguin est propulsé du hile, ou centre, vers la périphérie où se dispose naturellement le réseau veineux pour le recevoir. S'il existe quelques veines centrales, elles ne servent qu'à collecter le liquide qui revient des vaisseaux artériels les plus divergents, où existe une sorte de récurrence dans le cours du sang. La même *disposition opposée* se reproduit dans les lobules primitifs des organes, dans les *organites* qui les constituent, ce qui démontre la généralité de la loi anatomique que nous signalons sommairement ici.

6. Hypertrophie et dilatation du cœur liées à une endocardite antérieure des deux cœurs n'ayant pas laissé de lésions d'orifice. — Arythmie cardiaque. — Respiration de Cheyne-Stokes. — Embolie sylvienne droite. — Infarctus pulmonaires; par M. NETTER, interne des hôpitaux.

R..., âgé de 17 ans, lithographe, entre le 21 janvier 1881 à l'hôpital Necker (service de M. le D^r GRANCHER).

Il est habituellement bien portant, n'a fait d'excès d'aucune sorte. Sur ces points ses renseignements sont confirmés par son père qui affirme qu'il n'a jamais eu notamment rhumatisme, chorée ou scarlatine. Il y a deux mois, au milieu de son travail, il fut pris d'une douleur violente à la base du côté gauche. En même temps, il avait de la fièvre et toussait un peu sans cracher. Il garda la chambre pendant quinze jours. Après cette date, il ressentit pour la première fois des palpitations qui, d'abord, ne se produisaient que dans les efforts. Plus tard, ces palpitations devinrent continuelles, ne s'interrompant pas même la nuit et au lit. A plusieurs reprises, il a ressenti de la céphalalgie avec vertige, bourdonnements d'oreilles.

L'examen de la région précordiale montre qu'il y a une augmentation notable de la matité, qui a une forme à peu près carrée. Son bord droit longe le bord droit du sternum, le bord supérieur, le bord supérieur de la 4^e côte, le bord inférieur, le bord inférieur de la 6^e. Le bord externe passe par le mamelon. La pointe du cœur bat dans le sixième espace; mais les battements se voient et se sentent sur une large surface. On ne saurait se prononcer sur l'existence de voussure liée à cette hypertrophie, car la saillie de la partie inférieure du thorax en avant porte sur les deux côtés et répond à une scoliose.

Les battements du cœur sont très fréquents, 132. Il n'y a ni souffle ni frottement, mais un nombre assez fréquent de dédoublements du deuxième bruit. Ce dédoublement s'observe ordinairement une fois sur trois révolutions cardiaques. Il est plus fréquent quand le malade rapproche les inspirations.

Le pouls radial est absolument en désaccord avec les systoles cardiaques. Il est très ralenti. On ne compte que 40 à 48 pulsations à la minute. Et ces caractères sont les mêmes sur les fémorales et carotides. L'impulsion radiale est assez énergique et paraît plus marquée quand on élève le bras. Du reste, entre les battements, il y a des différences notables et, à certains moments, on sent sur la radiale des soulèvements très légers répondant aux systoles avortées.

En dehors d'un peu de rudesse à l'inspiration au sommet et à la base gauche, les poumons ne présentent rien d'anormal.

Le malade ne se plaint d'aucun trouble digestif. Il ne souffre que de sa douleur, de ses palpitations. Ses pommettes sont un peu violacées, les extrémités des doigts un peu bleuâtres. Mais il n'y a point d'œdème ni d'autre signe de stase veineuse.

Pendant les deux premiers jours, on n'observe que les signes précédents. Mais, dans la nuit du 23 au 24, le malade est pris de vomissements, il tombe de son lit, et, le 25, on constate des changements remarquables. Le malade est dans un état semi-comateux, dont le font cependant sortir nos interrogations auxquelles il répond avec intelligence. Il se sent de plus en plus fatigué, la tête est lourde.

La coloration rouge-violacée des pommettes, des extrémités est encore plus marquée. Il y a un abaissement marqué de la température, 36°,5. La face regarde du côté droit. Il y a de la déviation conjuguée des yeux. Les mouvements des droits sont conservés, mais paresseux. Paralyse complète des mouvements des membres du côté gauche. Paralyse faciale moins marquée. Sensibilité du côté gauche très obtuse. Mêmes symptômes du côté du cœur, du pouls, des poumons. La respiration a pris les caractères du rythme de Cheyne-Stokes le plus pur. Inspirations d'abord faibles, augmentant peu à peu à la fois comme intensité et comme fréquence ; puis après la période de respiration, celles d'après sont égales en durée, 18 secondes. De temps en temps, R... pousse des soupirs profonds ou bien encore est pris de hoquet. Il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine.

Affaiblissement de plus en plus marqué les jours suivants. Le pouls est insensible, la température basse, l'hémiplégie persiste sans contracture, le coma est presque complet. — Mort le 28 janvier, à 4 heures du matin.

AUTOPSIE le 29, 30 heures après la mort. — Pas de péricardite. Cœur dilaté et hypertrophié. Ces altérations portent sur les deux cavités. Dans le cœur, caillots noirs, gélatineux, analogue à du raisiné. Quelques caillots adhérents entre les intrications des colonnes charnues, au niveau de la pointe. Pas d'insuffisance ni d'altération des sigmoïdes.

La plus grande partie de la valvule tricuspide est saine, lisse et lâche ; mais la valve qui répond à la cloison inter-ventriculaire est plus épaisse, racornie et présente certaine-

ment les restes d'une inflammation ancienne. De même pour une des valves mitrales, la grande valve étant absolument saine. A l'œil, on ne voit pas sur la coupe de dégénérescence du muscle cardiaque.

Foie, 1380 gr., muscade. *Reins*, 130 et 120 gr. A droite, infarctus volumineux dans le tiers de l'étendue; à gauche, infarctus plus petit, pièce de 50 centimes. Ces infarctus sont très anciens. Leur surface libre est très déprimée, leur coupe jaune. *Poumon*. Dans le lobe supérieur gauche, deux petits infarctus récents (truffe) du volume d'un gros pois. La surface de section du poumon est parsemée d'îlots noirâtres, isolés ou confluent qui paraissent dus à des infiltrations sanguines.

Cerveau. Hémisphère cérébral droit. Ramollissement des noyaux du corps strié, de l'insula de Reil, de la circonvolution marginale. Ce ramollissement récent est dû à une embolie de la sylvienne au point où elle se divise, embolie qui, accompagnée de thrombose, dessine, comme si on les avait injectées avec du suif, la sylvienne et ses principales branches, sur une étendue de près de 2 centimètres. Intégrité de l'hémisphère droit et de l'isthme de l'encéphale.

7. Cirrhose hypertrophique graisseuse du foie; par
M. VALUDE, interne des hôpitaux.

Eulalie P..., cuisinière, âgée de 37 ans, entrée dans le service de M. MOUTARD-MARTIN le 23 décembre 1881.

Au commencement du mois de janvier, nous la trouvons amaigrie, souffrant vivement du ventre et d'une toux opiniâtre, épuisée par des vomissements incessants et une diarrhée rebelle. On avait porté le diagnostic de tuberculose aiguë intestinale et pulmonaire. Vers le milieu du mois de janvier, au moment où M. Hanot prit le service, les phénomènes généraux et les symptômes locaux du côté du ventre s'étaient aggravés singulièrement. L'amaigrissement était extrême, la peau d'une pâleur terreuse, et les conjonctives légèrement subictériques. Le faciès de la malade était celui d'une typhique dans les formes adynamiques de la dothiéntérie, lèvres sèches, langue racornie. Soif difficile à satisfaire. Le ventre, extraordinairement tendu, laissait percevoir un peu de fluctuation. Les douleurs violentes que causait la palpation ne permettaient du reste qu'un examen fort peu approfondi.

Ces douleurs de ventre, si vives surtout dans l'hypochondre droit, s'accompagnaient d'une sensibilité généralisée

si grande, que tout contact un peu brusque éveillait une sensation profondément douloureuse. C'était une hyperesthésie telle que la piqure produite par la seringue de Pravaz était difficilement supportée.

A côté de ces douleurs, la malade était tourmentée par une diarrhée incessante et des vomissements continuels qui ne lui permettaient d'absorber quoi que ce soit, aliment ou boisson. La toux aussi était opiniâtre et fatigante, mais elle nous paraissait causée par la distension excessive de l'abdomen plus que par des lésions pulmonaires que l'auscultation ne laissait pas constater. L'expectoration était nulle. — Après quelques jours d'un état de souffrance continu, pendant lesquels la malade ne cessait d'exhaler ses plaintes dans un délire tranquille, la mort est arrivée le 29 janvier, dans une prostration de plus en plus accusée.

AUTOPSIE. — *Poumons* sains, sauf un ou deux tubercules crétacés au sommet du poumon droit. *Cœur.* Entouré d'une épaisse couche de graisse jaunâtre. *Cerveau.* Pas de trace de granulations tuberculeuses.

Le *péritoine* contenait un litre et demi à deux litres d'un liquide citrin, transparent. L'*intestin* et le *mésentère* apparaissent rougis par une multitude d'arborisations vasculaires et remplis d'un semis de granulations grisâtres et non saillantes au-dessus de la séreuse. L'examen histologique nous a confirmé dans cette idée qu'il n'y avait pas là de granulations tuberculeuses, mais qu'il s'agissait de péritonite inflammatoire franche. — Rien aux *reins*, ni à la *rate*. *Foie.* Le foie est gros, pèse 1,700 gr. La couleur est jaune ocre, pâle, sa surface convexe est grenue et un peu rugueuse. La forme générale de l'organe n'est pas changée et le bord du foie n'est pas irrégulier et a conservé son aspect tranchant.

La coupe du parenchyme hépatique montre une tranche jaune dorée, de laquelle on ne voit sourdre aucune goutte de sang. Le tissu est assez ferme, mais gras au toucher. On distingue les lobules, gros comme une tête d'épingle, qu'entourent des tractus de tissu fibreux d'apparence grisâtre. La réunion de ces lobules entourés de leur tissu scléreux forme le parenchyme de ce foie altéré. La vésicule biliaire est vide et décolorée.

Examen histologique.—L'examen histologique soumis à l'interprétation de M. Hanot à montré : 1° A un faible grossissement, le tissu hépatique apparaît formé de cellules graisseuses qui divisent irrégulièrement des bandes et des masses de tissu fibreux ; 2° A un grossissement plus fort,

les cellules hépatiques sont transformées en grosses gouttelettes réfringentes de graisse, dans toute la surface de la coupe, il n'en est pas une qui ait échappé à la dégénération. Les espaces portes sont triplés de volume, leur centre est formé de tissu scléreux, tandis que leur périphérie qui confine aux cellules hépatiques est rempli de cellules embryonnaires de tissu fibreux en voie de formation. Les espaces interlobulaires invisibles à l'état normal apparaissent sous l'aspect de bandes fibreuses, entourées de tissu embryonnaire.

Le lobule hépatique, lui-même, est divisé en un nombre plus ou moins grand de segments irréguliers par des bandes de tissu scléreux et embryonnaire émanées des espaces portes ou interlobulaires. Ces travées interlobulaires apparaissent souvent sous l'aspect de masses irrégulières de tissu embryonnaire qui occupe une plus ou moins grande partie de la surface du lobule.

Dans certaines parties même, où la dégénérescence est plus accusée, les cellules hépatiques graisseuses sont séparées les unes des autres par des granulations embryonnaires réunies çà et là en masses compactes. C'est une véritable cirrhose monocellulaire. Les vaisseaux contenus dans les espaces portes sont étranglés dans d'épaisses couches de tissu fibreux. Les veines sus-hépatiques sont difficiles à découvrir, étant le plus souvent cachées par les cellules graisseuses distendues et pressées les unes contre les autres, mais, quand on peut les apercevoir, on reconnaît que leurs parois sont fortement épaissies par du tissu scléreux.

RÉFLEXIONS.—En somme, c'est là un type de ce qu'on a décrit récemment sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse. Notre malade, cuisinière, justifiait par sa profession et par les lésions multiples trouvées à l'autopsie le titre d'alcoolique. Les symptômes ont été à peu près ceux qu'on trouve dans les descriptions de cette affection, sauf que la malade n'offrit jamais ni ictère appréciable, ni cette tendance aux hémorrhagies qui est relatée dans la plupart des observations sur ce sujet.

A ce point de vue, cette observation se trouve un peu en contradiction avec les conclusions de M. Hutinel, qui fait jouer à la tuberculose un rôle prépondérant dans la détermination et dans l'évolution de la maladie. Ici, la tuberculose n'a aucune part à l'affection, aussi inclinons-nous

à accepter, comme type général, la description qu'en a donnée dernièrement M. Sabourin. En remontant à quelques années, on trouve dans l'atlas de M. Lancereaux et dans la thèse d'un de ses élèves, M. Dupont, quelques observations qui paraissent se rapporter à cette maladie, mais dans les descriptions de ces auteurs le type clinique n'en a pas été nettement défini.

8. Fibrome de la capsule du rein; par M. A. HÜE,
interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie chez une femme de 64 ans, morte récemment dans le service du professeur LE FORT, à l'Hôtel-Dieu. Opérée 15 jours auparavant d'un prolapsus de l'utérus par la méthode du cloisonnement vaginal, la malade a succombé au moment où elle était parfaitement guérie de son opération, à des accidents pulmonaires se surajoutant à un état alcoolique invétéré. Rien pendant la vie n'avait fait soupçonner l'existence de ce fibrome du rein, et, étant données sa situation et son volume, on comprend qu'il n'ait été qu'une surprise d'amphithéâtre. Il a pour siège le bord externe convexe du rein droit vers son milieu; son volume est celui d'une grosse noix, il est ovoïde, à grand axe parallèle au grand axe du rein et se trouve réuni à l'organe par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire, ce qui lui donnait une assez grande mobilité dans la sphère celluleuse du rein, dont il était enveloppé. A la coupe, sa texture interne rappelle absolument celle de la plupart des fibromes utérins composés d'un amas de tourbillons de fibres blanc-grisâtre. Son tissu est nettement distinct de celui de la substance corticale sur laquelle il s'implante. La capsule fibreuse du rein lui adhère intimement au niveau de son pédicule. Au microscope, il a été trouvé composé d'un amas de tissu fibreux compacte.

9. Myxome de la grande lèvre; par M. SUCHARD,
interne des hôpitaux.

La malade, âgée de 35 ans (service de M. VERNEUIL) n'accuse aucune maladie antérieure; elle est bien réglée depuis l'âge de 16 ans, il n'y a dans sa famille aucun antécédent morbide. L'affection pour laquelle elle entre dans le service, en janvier 1882, a débuté deux ans auparavant sans aucune douleur, par un gonflement généralisé de la grande lèvre; à chaque époque menstruelle, congestion marquée

et augmentation de volume persistante de la partie malade. La tumeur n'est nettement pédiculisée que depuis un an ; elle grossit notablement depuis six mois.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, la masse morbide a le volume du poing ; elle s'attache à la grande lèvre par un pédicule plat, très large et est recouverte par la peau de la grande lèvre qui semble dédoublée pour la recevoir. La tumeur a une consistance molle, elle n'est pas adhérente à la peau : à la palpation, elle semble se prolonger sur la branche montante du pubis, par un pédicule de la grosseur du doigt.

Opération le 1^{er} février. Deux incisions elliptiques circonscrivent le pédicule. La tumeur est énucléée comme un testicule dans un tissu qui ressemble au dartos. Ligature au catgut de 7 ou 8 petits vaisseaux. Pansement à l'iodoforme après pulvérisation phéniquée.

À l'œil nu, la tumeur sectionnée présente un tissu mou, tremblotant, gélatiniforme, renfermant quelques vaisseaux.

Examen histologique.—Des préparations, faites par dissociation dans le serum iodé fort, permettent de constater dans la tumeur l'existence de tissu conjonctif embryonnaire caractérisé par de grandes cellules anastomosées par leurs prolongements.

Les coupes pratiquées après congélation et colorées à l'éosine confirment cet examen sommaire, et montrent que la tumeur est uniquement composée de tissu conjonctif embryonnaire analogue à celui du tissu ombilical. Outre les cellules anastomosées par leurs prolongements ramifiés, on y remarque de nombreux vaisseaux noyés dans la masse morbide. C'est donc un *myxome* pur. Ces tumeurs étant relativement rares, le fait mérite d'être noté.

10. Carcinome du rein droit. — Carcinome de l'encéphale. — Hémiplégie ; par M. Armand SIREDEY, interne des hôpitaux.

La nommée C... Marcelle, âgée de 59 ans, femme de ménage entre le 27 juin 1881 service de M. BROUARDEL), salle Troussseau n° 41, à la Pitié. Elle présente à cette époque une hémiplégie droite datant de plusieurs mois déjà, et sur laquelle les renseignements font absolument défaut. La malade reste constamment dans un état d'hebétude et ne peut donner aucun détail sur le début et la marche des accidents.

L'hémiplégie porte sur les membres du côté droit : impossibilité absolue des mouvements du bras et de la jambe.

Contracture très prononcée du membre supérieur dans la flexion, type complet (flexion de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main). Le membre inférieur ne présente qu'une légère flexion du genou ; raideur de tout le membre sans grande déformation.

La face présente une asymétrie peu accentuée : il y a une légère déviation de la bouche et du nez vers la droite. La tête et les yeux sont déviés vers la gauche. — La sensibilité reste intacte. — On ne constate aucune ulcération, aucun trouble trophique, bien que la malade soit extrêmement amaigrie et garde le lit depuis longtemps.

Dès cette époque, M. Brouardel et M. Barth, alors interne du service, constatèrent dans le flanc droit l'existence d'une tumeur ayant à peu près le volume du poing. Cette tumeur se sépare nettement du foie et des organes contenus dans le bassin, et la percussion permet de la localiser très nettement dans le rein droit. Elle présente à la palpation 3 ou 4 bosselures, régulièrement globuleuses et continues. On sent glisser sous la main, en avant d'elle, le colon ascendant qui est aplati. Cette tumeur est rénitente, sa partie moyenne est même fluctuante. La malade n'accuse aucun trouble particulier en rapport avec cette tumeur. Elle n'a pas de crises douloureuses ; les selles sont régulières et normales. — On n'obtient d'ailleurs aucun renseignement sur le début de cette tumeur.

Les urines sécrétées en quantité normale ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le microscope n'y fait découvrir aucun élément normal : ni globules sanguins, ni cylindres fibrineux, ni cellules épithéliales. — L'examen chimique et histologique a été plusieurs fois renouvelé par M. Barth avec un soin minutieux, et n'a donné que des résultats négatifs.

Jusqu'à la fin de l'année 1881, il n'est survenu à la malade aucun phénomène important. La tumeur du flanc droit continuait à se développer progressivement, sans secousses, sans poussées aiguës. A aucune période on n'a observé de coliques néphrétiques, d'hématurie, de phénomènes d'obstruction intestinale ou de péritonite.

Janvier 1882. La malade est dans un état de maigreux extraordinaire, elle est littéralement réduite à l'état de squelette. Il n'existe d'ulcération ou d'œdème sur aucun point. La contracture est restée au même degré qu'à l'époque de l'entrée. La tumeur fait une saillie considérable sous la peau amaigrie de l'abdomen. Elle s'étend depuis l'hypochondre droit jusqu'au bassin, et dépasse un peu la ligne ombilicale en dedans. Cependant, on la sépare encore,

par la percussion, du foie et des organes génitaux. Elle présente plusieurs bosselures régulièrement arrondies, rénitentes, on sent une fluctuation nette vers la partie moyenne.

La tumeur a conservé sa mobilité, on fait glisser en avant d'elle la peau et les anses intestinales. La pression et la palpation sont douloureuses, et, de temps en temps, la malade accuse des douleurs spontanées qui paraissent assez vives. — Le reste de l'abdomen est souple, dépressible. Selles régulières. Un nouvel examen des urines ne donne encore que des résultats négatifs.

La malade s'affaiblit de plus en plus, et, bien qu'elle ait absolument perdu l'appétit depuis les dernières semaines de 1881, elle se soutient avec des bouillons et du lait. — Elle succombe à l'épuisement le 27 janvier 1882.

AUTOPSIE, le 28 janvier. — *Thorax*. Le cœur est petit, mou, rempli de caillots; pas de lésions valvulaires. L'aorte présente quelques plaques blanchâtres, mais on ne trouve pas d'athérome véritable. Pas de lésions des *poumons*.

Abdomen. Pas de liquide ni de fausses membranes dans le péritoine. Les anses intestinales ne sont nullement adhérentes. On ne trouve sur leurs tuniques et sur les différents points de la séreuse péritonéale aucune tumeur, aucun noyau d'induration. Les *organes génitaux* sont atrophiés, mais sains. Des coupes nombreuses et rapprochées n'y font découvrir aucun néoplasme. L'estomac, le *pancréas*, la *rate* ne présentent aucune lésion notable.

Le *rein gauche* est de volume normal: on n'y distingue aucune altération appréciable. Le *rein droit* est en totalité envahi par le néoplasme, il s'étend depuis l'hypochondre jusqu'au détroit supérieur du bassin. En haut, il adhère à la face inférieure du foie par une bandelette fibreuse assez résistante. Cependant, le foie ne présente aucune lésion appréciable. Il a conservé son volume, sa forme, et des sections pratiquées en divers sens n'y font pas découvrir le moindre foyer néoplasique.

La tumeur rénale présente deux saillies à sa partie inférieure, qui sont manifestement fluctuantes, et qui, à la coupe, laissent échapper un liquide clair semblable à de l'urine normale. Le reste de la tumeur est constitué par une masse molle, blanchâtre, caséeuse, d'où la pression fait sortir un liquide laiteux. Cette masse est enveloppée par une couche fibreuse assez dense; sur aucun point, on ne retrouve le tissu normal du rein. La lésion se prolonge sur le bassin et

et l'uretère qu'elle envahit sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Le bassin et la partie supérieure de l'uretère sont complètement remplis et oblitérés par la masse encéphaloïde. La partie inférieure de l'uretère est réduite à un cordon fibreux. La vessie est saine, ses parois ne présentent aucun foyer néoplasique.

Encéphale. Les *méninges* ne paraissent pas altérées. Avant d'inciser le cerveau, on constate très nettement une saillie notable à la surface de l'hémisphère gauche, à la partie supérieure et postérieure du lobe frontal. A la coupe, on découvre immédiatement au-dessous de l'écorce grise deux tumeurs grosses comme des muscades. Ces deux tumeurs assez régulièrement sphériques sont contiguës, elles sont situées : l'une au-dessous de la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale à son union avec la frontale ascendante ; l'autre est située un peu en haut et en arrière de la précédente, sous la circonvolution frontale ascendante, vers son tiers moyen environ, mais elle ne se prolonge pas jusqu'à la partie supérieure de cette circonvolution. Les tumeurs sont enveloppées superficiellement par une très faible couche de substance ocreuse, ramollie, vestige d'un petit foyer hémorrhagique, mais toute leur masse centrale est dure, résistante, et présente de nombreux tracts rougeâtres formés par des vaisseaux.

Il n'existe aucune lésion des ventricules ni des corps opto-striés. Les pédoncules cérébraux, la protubérance, le bulbe, le cervelet, ne sont le siège d'aucune altération appréciable. Les pédoncules et les faisceaux blancs de la moelle ne présentaient aucune trace d'atrophie. Ils ont été réservés pour l'examen histologique.

RÉFLEXIONS. — Le microscope m'a démontré l'identité absolue de la tumeur rénale et des deux petites tumeurs constatées dans le cerveau. Il s'agit d'un néoplasme constitué par de nombreuses travées alvéolaires dont les mailles sont remplies de cellules épithélioïdes de formes et de dimensions très variées. La tumeur cérébrale se distingue par la richesse en vaisseaux du stroma. Les tumeurs se rattachent manifestement au genre carcinome.

Séance du 10 février 1882.

PRÉSIDENTE DE M. HANOT.

11. Rhumatisme articulaire aigu compliqué de pneumonie. — Thrombose cardiaque ; par M. VALUDE, interne des hôpitaux.

Joséphine L..., domestique, âgée de 40 ans, entre le 29 janvier 1882 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard Martin suppléé par M. HANOT, pour un rhumatisme articulaire aigu auquel s'ajoute une pneumonie du sommet du poumon droit.

Les symptômes thoraciques avaient débuté douze jours avant par des frissons, un point de côté, des vomissements. Actuellement, la fièvre est vive et le tiers supérieur du poumon droit est envahi par du souffle tubaire. Du côté des articulations, nous avons constaté de la rougeur, du gonflement et des douleurs vives au genou gauche, au coude et au poignet droits. D'après le récit de notre malade, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, plus violente même que celle-ci, l'aurait atteinte 12 ans auparavant.

L'auscultation du cœur ne fait reconnaître aucune lésion organique. La fièvre étant vive et les douleurs articulaires très pénibles, le salicylate de soude est administré, mais pendant deux jours les phénomènes généraux se maintiennent à peu près au même degré d'intensité. Le troisième jour, la fièvre tombe un peu et les douleurs articulaires s'atténuent beaucoup. La température baisse notablement, mais les phénomènes thoraciques sont loin de suivre cette marche régressive. Le poumon droit tout entier est envahi par la pneumonie. Dans toute la hauteur du thorax, de ce côté, on entend du souffle tubaire d'une grande intensité. On perçoit peu de râles crépitants et la malade ne crache pas.

Le 4 février, une hausse considérable de la température surexcite notre attention et nous découvrons à gauche un épanchement pleural, d'ailleurs peu considérable. Cette manifestation rhumatismale est d'ailleurs de courte durée, et le lendemain déjà, sans vésicatoire, le liquide est à peu près résorbé. On entend quelques frottements.

6 février. Cet incident du côté de la plèvre a complè-

tement disparu. Les manifestations articulaires sont, elles aussi, oubliées et depuis la veille le salicylate de soude est supprimé. La pneumonie se maintient cependant dans toute son inquiétante intensité. Le côté droit est plein de souffle tubaire et de râles sous-crépitaux. La langue est sèche, la prostration grande, et, malgré une baisse légère, le thermomètre se maintient soir et matin vers 39°,8.

En présence de cette pneumonie aux allures graves, survenant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, M. Hannot réserva son pronostic, inclinant à penser qu'il s'agissait là d'une de ces formes infectieuses du rhumatisme articulaire qui ont été décrites par Klebs et dont la terminaison est ordinairement fatale. Dans cette pensée, le sang et l'urine furent examinés. L'examen du sang, pratiqué par M. Capitan, fut négatif et l'urine ne contenait pas d'albumine.

L'état général avait peu varié, la malade éprouvait même un peu de mieux, quand, le 7 février, au matin, en prenant un bouillon, elle se renversa pâle sur son lit. La religieuse accourue aussitôt la trouva morte. La syncope avait duré à peine quelques secondes.

AUTOPSIE. — Les viscères abdominaux offraient des états variés de congestions; le foie, volumineux, pesant 2160 gr., était rouge à la coupe, les reins étaient un peu graisseux et la rate notablement diminuée de volume.

Dans le thorax, les poumons montrèrent la confirmation des lésions reconnues pendant la vie. Epanchement léger à gauche; à droite, hépatisation en bloc de tout le poumon. Dans le cœur gauche, rien à noter; les valvules n'offraient aucune trace d'altération ancienne ni récente. L'ouverture du cœur droit a mis sous nos yeux la lésion qui avait amené la mort brusque.

Les deux cavités droites étaient entièrement distendues par du sang coagulé. Au centre, se trouvait un caillot blanc, fibrineux, ancien, remplissant le ventricule, l'oreillette et s'accrochant aux muscles papillaires et aux piliers. Autour de ce caillot ancien, des caillots récents, noirs, cruoriques, distendaient les cavités, de telle sorte qu'on les eût dit remplies par une injection fortement poussée.

Le caillot fibrineux central se continuait dans l'artère pulmonaire, dont il obstruait complètement le calibre. En fendant, suivant leur longueur, les petites ramifications pulmonaires de cette artère, nous avons retrouvé constamment le prolongement du caillot cardiaque fermant la lumière du vaisseau.

RÉFLEXIONS.—L'excès de fibrine dans le sang, propre au rhumatisme, ne nous semble pas, pour le cas présent, suffisant à expliquer l'ensemble des phénomènes graves présentés par notre malade et surtout la formation spontanée d'une pareille thrombose sans lésion organique aucune. L'autopsie nous paraît confirmer l'hypothèse de M. Hanot, et il y a, dans l'évolution des symptômes, un caractère infectieux, probablement sous la dépendance d'une altération spéciale du sang, altération qui n'est pas encore bien connue et qui, dans le fait qui nous occupe, n'a pas été relevée dans l'examen du liquide sanguin.

12. Cirrhose hypertrophique graisseuse ; par M. le Dr Ch. TALAMON, chef de clinique de la Faculté.

B..., âgée de 56 ans, couturière, entrée le 25 janvier 1882, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur G. SÉE.— Rien à noter dans les antécédents de cette femme jusqu'en 1878. A cette époque, elle a quitté la France et a habité la Silésie pendant deux ans. Elle a eu dans ce pays des fièvres à accès pendant plusieurs mois, traitées par le sulfate de quinine. Depuis son retour en France, les accès se sont reproduits à deux ou trois reprises.

Il y a quinze mois, la malade a commencé à perdre l'appétit, à avoir du dégoût pour la viande. Elle nie toute habitude alcoolique. En mars 1881, sont survenus des vomissements glaireux et alimentaires qui ont duré trois mois. En même temps, sensation de pesanteur à l'épigastre : et, dès cette époque, la malade a senti, en se palpant, une grosseur dans cette région, grosseur qui n'a cessé de s'accroître progressivement. Au mois de juin, les vomissements ont cessé : mais la malade a continué à perdre ses forces, à maigrir : inappétence et anorexie absolues : elle ne prenait que du lait. Depuis le mois de novembre, elle se sent plus mal et garde le lit.

Etat actuel. Faciès jaunâtre, sans ictère des conjonctives : teinte terreuse de tout le corps : peau flasque, ridée ; amaigrissement général. Léger oedème des membres inférieurs. Aspect cachectique d'une cancéreuse à la dernière période. Anorexie absolue : dégoût pour toute espèce d'aliments. Langue sale, bouche mauvaise : odeur putride de l'haleine. Pas de vomissements. Constipation. Ventre flasque : pas d'ascite. Foie énorme, formant une masse qui occupe l'épigastre, l'hypochondre et le flanc droits, descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic. La surface n'est

pas bosselée, mais la palpation et la pression sont très douloureuses. La rate est notablement augmentée de volume. Les urines sont très rares, à peine 200 grammes dans les 24 heures, formant une boue jaunâtre qui s'éclaircit par la chaleur. Ni albumine, ni pigment biliaire.

Le diagnostic fut : cancer du foie, ou peut-être hépatite paludéenne en raison des antécédents de fièvres intermittentes et de l'hypertrophie de la rate. Les jours suivants, la malade n'offre rien de nouveau à noter. Les urines sont toujours rares et boueuses; elles ne contiennent pas de bile.

Le 2 février, on remarque une teinte jaune des conjonctives; la malade a un peu de fièvre dans la soirée et de l'agitation dans la nuit.

3 février. La teinte ictérique des yeux est plus marquée; les urines, toujours très rares, donnent par l'acide nitrique et la teinture d'iode une couleur vert bouteille. Fièvre le soir.

4 février. A peine 100 grammes d'urine; pigment biliaire vert par l'acide nitrique. Douleur vive dans la région du foie, augmentée par la pression et la percussion. Langue sèche, noirâtre. La malade répond à peine aux questions. La peau de la face et de l'abdomen présente une couleur ictérique très nette.

5 février. Subdélirium toute la nuit; état demi-comateux aujourd'hui; langue et lèvres sèches et fuligineuses. Peau chaude. — Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, faite le 7 février. — Pas de liquide dans la cavité abdominale. Surcharge graisseuse considérable de l'épiploon, du mésentère et des appendices du gros intestin.

Le foie est énorme et remplit la plus grande partie de l'abdomen. Il pèse 3.500 grammes. Il présente une coloration jaune diffuse uniforme, mélange de coloration ictérique et de coloration graisseuse. La surface est lisse et il n'existe pas trace de périhépatite. L'aspect est celui du gros foie du phthisique et du cancéreux, mais le tissu offre une dureté spéciale au lieu de la consistance molle du foie purement graisseux. Résistance notable à la coupe. La surface de section offre partout le même aspect uniforme; c'est une surface lisse au premier abord, mais qui, examinée de plus près, est légèrement granuleuse, il existe comme une tendance à la formation de petites granulations très fines, de la grosseur d'une tête d'épingle; ces petites masses, de couleur jaunâtre, sont limitées par de minces tractus gri-

sâtres. Le foie est complètement exsangue : il ne s'écoule pas une goutte de sang à la coupe. Les voies biliaires paraissent normales : la vésicule biliaire contient un peu de bile verte ; peu de calculs : le canal cholédoque est libre.

La *rate* est molle, violacée : elle a un volume à peu près normal. Les *reins* et les *poumons* sont sains. Le *cœur* est mou, de volume ordinaire : ses cavités contiennent du sang noir à demi coagulé. Les valvules sont saines. L'*estomac* est un peu dilaté : mais la muqueuse n'offre aucune altération appréciable.

Examen histologique du foie. — La structure du foie n'est plus reconnaissable : l'aspect lobulé a disparu. Nulle part on ne peut apercevoir une veine centrale. La disposition générale est celle d'une sorte de réseau à mailles irrégulières, colorées en rouge par le carmin, dans lesquelles on voit de grosses boules graisseuses ou des débris jaunâtres ; çà et là, on trouve de grandes plaques ou de longues traînées de tissu conjonctif semées de noyaux et de canalicules biliaires.

Les plaques sont formées par les espaces portes triangulaires élargis et épaissis. Ces espaces, remplis de cellules embryonnaires, contiennent une ou deux artérioles, une veinule forte et de nombreux canalicules biliaires, quelques-uns, coupés en travers, la plupart allongés et un peu flexueux, droits ou se divisant en deux branches. De ces plaques partent de longs tractus de tissu fibrillaire infiltré de cellules rondes, qui forment les travées principales contenant aussi des canaux biliaires allongés.

On voit en outre le tissu fibrillaire s'enfoncer en se ramifiant, en quelque sorte sous forme de reticulum, dans l'épaisseur de la substance hépatique. Par places, ce reticulum, généralement mince, s'épaissit, formant comme un nœud où s'accumule un petit amas de huit à dix cellules embryonnaires. Ce reticulum conjonctif semble avoir remplacé le squelette vasculaire du lobule, où l'on ne peut plus reconnaître de capillaire scarpien. Dans les mailles de ce reticulum se trouvent les vestiges des cellules hépatiques, qui ne sont plus représentées que par des gouttes de graisse volumineuses : des cristaux rayonnés d'acides gras, des débris granuleux, ou de petites masses irrégulières, colorées fortement en jaune par le pigment biliaire.

En somme, il y a destruction de la substance propre du foie, aussi complète que dans l'atrophie jaune aiguë du foie. Mais, il existe en outre un épaississement général de la trame conjonctive de l'organe, avec infiltration des tra-

vées fibreuses par une prolifération abondante des jeunes cellules embryonnaires. Dans ces travées, les canalicules biliaires semblent plus nombreux, ou du moins sont plus apparents qu'à l'état normal ; mais, on ne voit pas de fin réseau biliaire à une seule rangée de cellules. Les canalicules présentent leur double rangée de cellules cubiques, beaucoup sont remplis de cellules desquamées, granuleuses, à noyau fortement coloré ; il y a donc une véritable inflammation catarrhale du réseau biliaire inter-lobulaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un exemple de cette forme d'hépatite chronique décrite par M. Lancereaux et par son élève M. Dupont sous le nom d'hépatite *interstitielle diffuse aiguë* ; par M. Hutinel sous le nom de *cirrhose avec stéatose du foie*, et par M. Sabourin sous le nom de *cirrhose hypertrophique grasseuse*. A cette triple dénomination correspond un ensemble clinique et un type anatomo-pathologique aussi nets et aussi distincts que les deux formes classiques de la cirrhose veineuse atrophique et de la cirrhose biliaire hypertrophique. Les symptômes, dont on trouvera une remarquable analyse dans le mémoire de M. Hutinel, sont ceux d'un ictère rapidement grave, aboutissant au délire, à la somnolence et au coma, et coïncidant avec un hypertrophie considérable du foie. M. Hutinel insiste sur la douleur de la région de l'hypochondre droit. Cette douleur, s'accompagnant de vomissements, a pu dans certains cas faire croire à une péritonite ; dans d'autres, elle a démenti une crise de coliques hépatiques. Dans notre observation, cette douleur persistante, rapprochée de la maigreur squelettique et de l'état de cachexie extrême, de l'œdème de la jambe présenté par notre malade, nous avait fait penser à un cancer du foie.

Le diagnostic offre donc de réelles difficultés. Mais, en tous cas, cette forme d'hépatite se distingue nettement de la cirrhose biliaire hypertrophique décrite par M. Hanot par la rapidité relative de son évolution. La cirrhose biliaire hypertrophique dure sept, huit, dix ans ; la cirrhose hypertrophique grasseuse évolue en quelques mois et aboutit à un ictère rapidement mortel. Peut-être est-ce une sorte de cirrhose hypertrophique biliaire arrêtée dans son évolution par la destruction rapide du parenchyme cellulaire ? La distribution du tissu conjonctif hyperplasié est

en effet sensiblement la même dans les deux formes. Mais, le fait reste à démontrer, et, cliniquement, les différences sont assez marquées pour que la distinction soit maintenue.

Au point de vue anatomo-pathologique, le foie apparent, volumineux, pesait de 2 à 3 kilogrammes, de consistance dure, d'une couleur jaune ocreuse généralisée. Cette couleur est celle de l'atrophie jaune aiguë. On a pu dire, pour caractériser l'aspect de l'organe, que c'était une hypertrophie jaune subaiguë du foie. Histologiquement, les lésions peuvent se résumer en deux mots : c'est une sclérose diffuse avec dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques. A ce titre, la dénomination proposée par M. Sabourin, de cirrhose hypertrophique grasseuse, est satisfaisante et mérite de prévaloir.

Dans la plupart des observations, l'étiologie révèle des habitudes alcooliques. Notre malade niait avoir jamais fait abus de l'alcool ; mais quelle valeur faut-il attacher à ses négations ? Un autre fait à relever est l'existence d'une tuberculose aiguë ou chronique chez un grand nombre de ces malades. La lésion peut toutefois se développer chez des alcooliques non tuberculeux ; notre observation en serait la preuve, si d'autres faits de ce genre n'avaient été publiés. Mais, nous ne doutons pas que le prétendu gros foie gras des phthisiques, à bords noueux, à coloration jaune ocreuse, ne réponde le plus souvent à cette forme de cirrhose hypertrophique grasseuse.

13. Cancer primitif du poumon gauche; par M. AUVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Renoux Jules, 56 ans, ouvrier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, le 20 janvier 1882.

Cet homme qui, jusque-là, avait toujours joui d'une bonne santé, est malade depuis cinq mois et demi. Il éprouve depuis ce moment un gonflement qui va en augmentant de jour en jour. En dehors de cette oppression, il n'a aucun symptôme bien net.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous constatons les symptômes suivants : Dyspnée assez marquée sans point de côté, le malade dit n'avoir eu que des douleurs passagères du côté gauche du thorax, mais jamais de point de côté bien franc. A l'examen local, l'inspection ne révèle aucune

déformation nettement appréciable du thorax. Par la percussion, on trouve de la matité très marquée dans tout le côté gauche du thorax. A la palpation, les vibrations thoraciques, légèrement conservées au sommet de ce poumon, sont très faibles dans la fosse sous-épineuse et nulles vers la base. — A l'auscultation, silence complet à la base du poumon, souffle léger et lointain dans la fosse sous-épineuse, souffle plus intense et rapproché dans la fosse sus-épineuse; en avant, souffle assez intense dans la région sous-claviculaire. Bronchophonie dans tous les points où on entendait le souffle; pas d'égophonie. Le cœur est refoulé vers la droite, les battements sont un peu sourds, mais ne sont accompagnés d'aucun bruit pathologique.

L'état général est assez bon. L'appétit est conservé; pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'albumine dans l'urine, le malade dit avoir un peu maigri dans ces derniers temps. Il n'y a pas de fièvre ou seulement un léger mouvement fébrile le soir. Le diagnostic pleurésie avec épanchement est porté, et l'oppression allant en croissant, le 25 janvier, on fait la thoracenthèse avec l'aspirateur de Potain, en arrière, dans le huitième espace intercostal; par cette ponction, on ne ramène pas une goutte de liquide.

Les jours suivants, la fièvre est un peu plus marquée, l'oppression augmente; le 30 janvier on applique un vésicatoire.

Le 2 février, au soir, le malade paraît plus affaibli, l'examen local révèle les mêmes symptômes qu'au premier jour, les battements cardiaques sont particulièrement très sourds. Le malade reste continuellement couché sur le côté gauche et le bras, de ce côté, présente un peu d'œdème; aucune autre région ne présente d'ailleurs d'infiltration séreuse, on ne trouve pas de cordon dur indiquant une thrombose veineuse. — Dans la nuit, le malade meurt à trois heures du matin.

AUTOPSIE, faite le 4 février. — Elle donne les résultats suivants : A l'ouverture du thorax, on trouve le péricarde distendu par du liquide; en ponctionnant cette séreuse, il s'écoule environ cent grammes d'une sérosité sanguinolente, les deux feuillets du péricarde portent la trace d'une inflammation légère. La partie de la séreuse en rapport avec le poumon gauche est intimement adhérente à cet organe; elle est le siège d'une infiltration néoplasique très marquée, qui triple environ son épaisseur et rend sa surface inégale et mamelonnée. Le myocarde et l'endocarde sont normaux.

Les deux feuillets de la plèvre gauche sont réunis par des adhérences très étroites et solides; pour enlever ce poumon,

il faut décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique. En aucun point, la paroi thoracique ne semble altérée. Tout le poumon forme un bloc massif rappelant à peu près, par sa densité, le foie. En faisant une incision verticale et antéro-postérieure dans cet organe, on trouve à la partie inférieure une masse blanche, d'aspect encéphaloïde, un peu moins grosse que les deux poings réunis. De cette masse partent des prolongements de même nature et de même espèce, se dirigeant vers le sommet du poumon. Le néoplasme est entouré par le tissu pulmonaire, altéré et parsemé, vers le sommet du poumon, de petites cavernes de la grosseur d'un pois à une noisette. Les bronches sont remplies d'un liquide filant, blanc-jaunâtre.

Le poumon et la plèvre droite sont normaux. Les organes du médiastin postérieur sont englobés dans un tissu scléreux assez dense, dans lequel ils sont comme emprisonnés. L'aorte et l'œsophage ne présentent d'ailleurs aucune altération spéciale. Les ganglions bronchiques et péri-vertébraux sont très augmentés de volume; quelques-uns atteignent jusqu'à la grosseur d'une noix; à la coupe, ils ont un aspect blanchâtre encéphaloïde. La colonne vertébrale, examinée par sa partie antérieure, est saine dans toute son étendue. On ne rencontre aucune altération du tube digestif; l'œsophage, l'estomac ainsi que l'intestin sont normaux et ne présentent pas trace de néoplasme.

Le foie est très augmenté de volume, il pèse 2,500 grammes; mais, à la coupe pratiquée en différents points, on ne peut trouver d'autre altération que celle de la dégénérescence graisseuse. La rate est normale ainsi que le pancréas. Les reins sont congestionnés, de volume à peu près normal; sur le rein gauche, les substances corticales et parenchymateuses sont mal limitées l'une par rapport à l'autre. La vessie est normale. Les testicules ne présentent aucune altération appréciable. L'ouverture de la cavité crânienne ne révèle pas dans la masse encéphalique la présence d'un néoplasme.

L'examen de la peau par la palpation ne permet de trouver en aucun point des noyaux indurés. — L'examen des grosses veines du bras gauche ne révèle pas la présence d'un caillot.

En somme, l'absence absolue de néoplasme, en dehors du poumon gauche et des ganglions qui en dépendent, permet de conclure à l'existence d'un cancer primitif du poumon. — L'examen de la tumeur au microscope montre qu'il s'agit bien d'un cancer encéphaloïde.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante, à cause de l'identité presque absolue des symptômes présentés par ce malade avec ceux d'une pleurésie chronique. Les signes étaient tellement ceux de cette maladie, sauf l'égophonie qui manquait, qu'aucune des personnes qui l'avaient examiné n'avaient songé à mettre en doute l'existence de la pleurésie. La thoracentèse avait été négative, il est vrai, mais, dans une pleurésie ancienne comme on la supposait être, il n'était pas impossible que des fausses membranes épaisses ne gênassent la sortie du liquide en ce point.

Quant à l'autopsie, deux points surtout ont attiré notre attention. 1° L'adhérence intime de deux feuillets pleuraux, et l'absence par là même d'épanchement hémorrhagique dans son intérieur, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent dans cette maladie; 2° L'existence de la péricardite cancéreuse avec épanchement hémorrhagique.

14. Kyste hydatique suppuré de la face supérieure du foie. Apparition brusque de l'ictère. — Mort par infection putride. — Cirrhose biliaire. — Dilatation des capillaires sanguins hépatiques, remplis de leucocytes; par MM. JEAN, chef de clinique de la Faculté et SAPELIER, interne des hôpitaux.

La nommée Fosgeos Louise, âgée de 22 ans, née et élevée à Paris, y a toujours vécu. On ne trouve dans sa famille aucun antécédent à noter. Dans son enfance, elle se souvient avoir eu de l'impetigo au cuir chevelu, mais elle n'accuse aucune des maladies ordinaires de l'enfance. Elle n'avoue pas d'habitudes alcooliques, cependant, son sommeil est habituellement agité et elle est sujette à avoir des crampes. Jamais la malade n'a eu d'ictère antérieur. Il y a un an, elle est accouchée d'un enfant à terme, bien portant, et n'a pas eu de suites de couches. Il y a trois mois, la malade a éprouvé dans les jambes des douleurs de médiocre intensité, très probablement de nature rhumatismale. On ne trouve aucune trace de syphilis.

Depuis un mois et demi, cette femme éprouve un malaise généralisé bien que peu intense, de l'inappétence s'accompagnant par moments de nausées, de la tendance à la constipation, enfin, quelques douleurs passagères dans la région hépatique, sans irradiation en aucun point. C'est dans cet état de prédisposition qu'il y a trois jours, le

2 janvier, la malade se livre à un violent accès de colère; à la suite de cet incident, elle est prise de frissons et de vomissements alimentaires. Disons de suite, pour écarter l'idée d'accidents utérins et ne pas avoir à y revenir, que la malade, qui voit habituellement deux fois par mois, avait eu ses règles le 25 décembre et que la période menstruelle était passée de plusieurs jours lors de l'émotion morale et du début des accidents.

Le lendemain, 3 janvier, nouveaux frissons, nouveaux vomissements alimentaires; de plus, douleur assez vive au niveau du foie, s'irradiant dans les reins; enfin, apparition de l'ictère. Le malaise est plus accentué et s'accompagne de céphalalgie. Deux jours après, la malade entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur POTAIN, et nous constatons les phénomènes suivants :

Le pouls est à 116, régulier; température axillaire, 38°,6, Herpès labialis à la commissure gauche depuis le matin, sur tout le corps, teinte ictérique assez accusée. La malade n'accuse pas de prurit et l'on ne trouve pas trace d'éruption; les matières fécales sont décolorées, les urines, manifestement ictériques, contiennent de plus une quantité notable d'albumine. Au cœur, pas de palpitations, pas d'irrégularités, pas de souffle organique, mais souffle médio-systolique extra-cardiaque dans le 3^e espace, au bord gauche du sternum. Bien que la malade tousse un peu, on ne trouve rien à l'examen de la poitrine. Du côté du tube digestif: langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe, un peu sèche; inappétence absolue, soit assez vive, actuellement pas de nausées. A l'examen du ventre, on constate une augmentation de volume, portant principalement sur la partie supérieure qui fait saillie en avant, circulation collatérale assez marquée: mais, ni la palpation, ni la percussion ne décèlent l'existence d'épanchement ascitique. Du reste, pas trace d'œdème des jambes, sur lesquelles on constate seulement des varices d'un développement très modéré et datant de la grossesse. En somme, pas d'autres signes de stase veineuse et d'obstacle à la circulation porte que le développement des veines de la paroi abdominale: pas d'épistaxis, pas de métrorrhagies, pas de mélena ni d'hémorroides.

Foie. Le palper, combiné à la percussion, montre cet organe remontant en haut jusqu'au niveau de la 4^e côte, descendant en bas jusqu'au-dessous de l'ombilic et occupant tout l'épigastre. Dans cette région, le foie présente une dureté considérable, le doigt rencontre une masse résistante et ferme comme celle d'un tissu sclérosé: la ma-

tité est absolue et il n'y a pas le moindre vestige de fluctuation. Dans toute l'étendue de l'abdomen occupée par le foie, mais principalement au dessous du rebord des côtes droites, la malade éprouve une douleur assez vive, s'irradiant dans l'épaule correspondante. Cette douleur s'exaspère par la toux, la percussion et même par le palper, enfin, on constate en arrière une augmentation notable de la hauteur de la zone de matité du foie. La rate, volumineuse, a une hauteur de 14 centimètres.

En présence de ces symptômes, le diagnostic semblait pouvoir être celui de cirrhose hypertrophique ; cependant, en raison de l'augmentation notable de la matité du foie en arrière, M. Potain pensa que l'idée de kyste hydatique de la face supérieure du foie pouvait être soutenue à bon droit. L'apparition brusque de l'ictère à la suite d'émotion morale étant, dans ces cas, un phénomène sinon commun du moins pas sans exemples.

9 janvier. L'embarras gastrique persiste, la constipation est rebelle, de plus, le ventre est légèrement ballonné et la douleur au niveau du foie très vive. Calomel, 0,20.

10 janvier. La malade, purgée abondamment par le calomel (matières décolorées) et ayant eu quelques vomissements, est assez abattue et anémiée. La douleur persiste, vive et lancinante. Quelques gouttes de sang par le nez. Cataplasme au point douloureux. Potion de Rivière.

12 janvier. Les vomissements ont cessé; l'épistaxis ne s'est pas répétée; la douleur, quoique moins vive, est encore très marquée. La malade, qui attendait ses règles, perd depuis ce matin un peu de liquide roussâtre.

14 janvier. Rien de nouveau au niveau de l'abdomen. La malade se plaint de tousser davantage. A la base droite, au-dessus de la matité du foie, légère diminution de sonorité, faiblesse du murmure vésiculaire et bouffées de râles crépitants fins. A la base gauche, quelques crépitations fines sans diminution du murmure ni de la sonorité.

16 janvier. Douleur assez vive à la partie antérieure de la poitrine, sous le sein, siégeant nettement au niveau du poumon, au-dessus du point où la malade souffrait les premiers jours, c'est-à-dire au niveau du foie. Rien en avant à la percussion ni à l'auscultation. En arrière : diminution de sonorité à la base droite, dans la hauteur de 4 travers de doigt; murmure vésiculaire faible; pas de souffle; pas d'égophonie; à la limite supérieure de la matité, crépitations très fines, sèches, toutes égales entre elles, se passant immédiatement sous l'oreille et apparaissant seulement à la

fin de l'inspiration (congestion pleuro-pulmonaire) ; 6 ventouses scarifiées.

17 janvier. La douleur a disparu, mais les signes stéthoscopiques persistent. Rien de nouveau du côté de l'abdomen.

20 janvier. La matité est devenue plus franche et occupe le tiers inférieur. Absence du murmure vésiculaire dans cette étendue. Pas de souffle ni d'égophonie. Crépitations sous l'oreille au niveau de la limite supérieure de la matité.

21 janvier. Rien de nouveau, ni à la poitrine ni à l'abdomen. La malade s'affaiblit visiblement, ne se nourrit pas et est reprise de vomissements.

26 janvier. Tousse de nouveau. Gêne plus grande de la respiration. Nouvelles ventouses.

28 janvier. La congestion pulmonaire a disparu, mais on trouve encore les signes de pleurésie sans épanchement notable. La malade se plaint de nouveau d'une douleur vive, siégeant comme celle des premiers jours au niveau de l'hypochondre droit, exaspérée par la moindre pression. Le palper, pratiqué à ce niveau, fait sentir, immédiatement au-dessous du rebord des côtes et dans un rayon de 5 à 6 centimètres, une légère couche de liquide à travers laquelle le doigt arrive facilement sur le foie ; plus bas, et dans tout le reste de son étendue explorable par le palper, le foie est directement en rapport avec la paroi abdominale et présente la même dureté que le premier jour. L'état général s'aggrave ; la malade se cachectise évidemment ; les vomissements persistent ; la voix s'éteint. La fièvre reste cependant modérée, entre 37°,5 le matin et 39°,5 le soir. Pas de frissons. Vésicatoire au point douloureux.

31 janvier. Le ventre est plus tendu et plus saillant ; cependant, la douleur est un peu moins vive. Le foie a encore augmenté de volume. son bord inférieur n'est plus séparé du pubis que de 3 à 4 travers de doigt. Au-dessous du rebord des côtes, il est comme le 28, mais, dans un espace plus grand et limité en bas par une ligne courbe à concavité supérieure. séparé de la paroi par une couche de liquide facilement dépressible, d'une épaisseur de 2 cent. environ ; cette couche liquide, une fois déprimée, le doigt rencontre la même résistance qu'au niveau de la portion du foie immédiatement sous-jacente à la paroi abdominale ; cette couche liquide est donc trop peu épaisse pour qu'on puisse faire à ce niveau une ponction sans craindre d'atteindre le foie. La malade tousse beaucoup ; râles sous-

crépitants disséminés dans toute la hauteur du poumon droit, mélangés de gros frottements.

4 février. L'état général continue à s'aggraver, la teinte subictérique a fait place en partie à un faciès terreux. Localement, les symptômes se sont modifiés; la couche de liquide est beaucoup plus épaisse; la poche semble fortement distendue; le doigt n'atteint plus le foie à travers la couche liquide; pas de frémissement.

5 février. La malade est de plus en plus faible, aphone; faciès d'infection putride, refroidissement des extrémités; la sensation d'une poche remplie de liquide est encore beaucoup plus nette qu'hier. Une ponction s'impose bien que in-extremis.

On pratiqua d'abord 2 ponctions exploratrices qui donnèrent issue à quelques gouttes de liquide puriforme, mais dont l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste hydatique suppuré. Le liquide ne pouvant être évacué avec les trocarts de l'appareil aspirateur, il est fait une troisième ponction avec un gros trocart de trousse, auquel est adapté un puissant appareil d'aspiration. La ponction est faite à 6 centim. environ au-dessous du rebord des côtes et à 5 centim. de la ligne médiane. On retire ainsi 3 litres 400 de liquide puriforme et fétide. Malheureusement, la malade, déjà très faible au moment où furent pratiquées les 2 premières ponctions, était au plus mal lorsque nous commençâmes la troisième; dès le début, on eut recours aux stimulants de tous genres: potion de Tood, inhalations d'acide acétique, éther en injections hypodermiques; la malade s'affaiblissait encore à vue d'œil, le pouls devenait insensible, les extrémités se refroidissaient, les pupilles elles-mêmes étaient dilatées; la ponction, dernier espoir de salut de la malade, venait à peine d'être terminée que la malade expirait.

AUTOPSIE, le 7 février, 40 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, il s'échappe de la cavité pleurale droite un peu de liquide citrin; les 2 feuillets de la plèvre sont tapissés d'un exsudat fibrineux abondant; le lobe inférieur du poumon correspondant est le siège d'une congestion peu intense; à gauche, plèvre et poumon sains, rien au péricarde ni au cœur, les reins sont normaux.

Dans la cavité péritonéale, un peu de liquide séreux, clair, sans trace appréciable de purulence. Le foie est très volumineux, il occupe encore une grande partie de l'abdomen. Cette hypertrophie porte surtout sur le lobe droit, qui est dur et présente un aspect granuleux et cirrhotique

avec teinte jaune blanchâtre rappelant celle de la dégénérescence granulo-graisseuse. Le volume et l'aspect du lobe gauche paraissent au contraire normaux.

A la partie médiane et postérieure de la face supérieure du foie, existe une énorme poche, non cloisonnée, remplie d'un liquide purulent absolument analogue à celui extrait par la ponction, grumeleux et tenant en suspension quelques débris de membranes hydatiques. La membrane qui forme cette poche a une épaisseur de 5 à 6 millimètres, sa face interne est recouverte d'un exsudat peu dense ; par sa face externe, cette membrane est en partie libre, sans adhérences péritonéales ni intestinales, en partie confondue avec la face supérieure du foie, dégénéré à ce niveau, en partie enfin adhérente et confondue avec le diaphragme. Sur cette dernière portion, on remarque une ulcération de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, à bords non déchiquetés. Le fond de cette ulcération a environ 1 centimètre de diamètre et semble formé seulement par la plèvre diaphragmatique et une couche peu épaisse de tissu cellulaire. Sur ses parties latérales, on voit les fibres musculaires du diaphragme en voie de destruction. Cette ulcération siège environ à 5 centim. en arrière des insertions costales antérieures; la poche ne forme pas de cul-de-sac empiétant sur la partie antérieure de la face supérieure du foie, de sorte que la paroi supérieure du kyste ne forme qu'une légère saillie sur la face supérieure de l'organe. En palpant le kyste à quelques centimètres au-dessus de sa ligne antérieure d'adhérence avec le foie, on éprouve la sensation perçue du vivant de la malade, c'est-à-dire, d'abord le déplacement d'une couche de liquide, puis l'arrêt du doigt par une masse résistante. En avant du kyste, on trouve une portion de la face supérieure du foie absolument libre ; elle mesure une largeur de 12 à 15 centim. suivant les points, et présente la dureté et l'aspect indiqués pour le lobe droit. Nous trouvons par conséquent là l'explication des phénomènes constatés chez la malade : à l'entrée, la portion de la face supérieure du foie située en avant du kyste dépassait seule le rebord des côtes; plus tard, la sup-puration augmentant le volume de la poche et refoulant cette bande de tissu hépatique induré, on a pu sentir au-dessus des côtes la partie antérieure de la poche et plus bas le bord antérieur du foie, refoulé en bas et en avant.

A la coupe du foie, on constate pour le lobe gauche une dilatation considérable des canaux biliaires remplis d'une bile concrète et demi fluide. Dans le lobe droit, la dilatation est peu marquée, mais la sclérose semble

jouer un rôle considérable. Le canal cholédoque, libre dans toute son étendue, et la vésicule biliaire ont leur volume normal, ils sont remplis d'une bile épaisse.

La rate, volumineuse, n'a malheureusement pas été conservée pour l'examen histologique.

Examen histologique. — Sur des coupes faites après durcissement, soit dans l'alcool absolu, soit dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, nous avons pu constater les lésions suivantes, qui forment trois groupes distincts; les unes portant sur les canaux biliaires, les autres sur les vaisseaux sanguins, les dernières enfin sur les cellules hépatiques.

1° Quel que soit le lobe, droit ou gauche, sur lequel notre examen ait porté, les canaux biliaires interlobulaires sont enveloppés d'une gangue conjonctive très épaisse et dans la constitution de laquelle on trouve encore un grand nombre d'éléments embryonnaires. Néanmoins, le calibre de ces canaux, loin d'être diminué, est plus considérable qu'à l'état normal. Plusieurs d'entre eux se montrent remplis de concrétions biliaires. Leur épithélium de revêtement nous a paru sain. En quelques points, notamment au niveau des espaces de Kiernan, la gangue conjonctive a pris un tel développement qu'elle enserre non seulement le canal biliaire, mais encore les vaisseaux sanguins qui l'accompagnent.

2° Les vaisseaux sanguins interlobulaires ne nous ont paru le siège d'aucune lésion appréciable; on trouve seulement dans leur cavité un grand nombre de globules blancs. En quelques points seulement, comme nous venons de le dire, ils sont englobés dans le tissu conjonctif très développé, qui enveloppe les canaux biliaires.

Il n'en est pas de même pour les vaisseaux intralobulaires, veine centrale et surtout vaisseaux radiés. En aucun point, on ne constate à leur niveau de prolifération conjonctive, mais ils sont le siège d'une dilatation très marquée; leur diamètre égale au moins celui des cellules hépatiques; de plus, ils sont distendus par des amas de leucocytes. Cette dilatation et cette infiltration par les globules blancs sont poussées, en certains points, à un tel degré, qu'on croit avoir sous les yeux un foie leucocythémique. Dans les capillaires, on rencontre à peine quelques globules rouges, ceux-ci sont relativement plus nombreux dans les veines centrales.

3° Les cellules hépatiques ne sont en aucun point le siège de lésions bien marquées. Leur volume est normal,

cependant, parfois, elles semblent un peu déformées et aplaties. Quelques-unes sont infiltrées de pigment biliaire, quelques autres ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.—Il eût été intéressant, au point de vue de l'infiltration des vaisseaux par les leucocytes, de pouvoir examiner la rate, malheureusement, celle-ci n'avait pas été recueillie.

15. Anévrisme de l'aorte ; par M. Dmiox, interne des hôpitaux.

Au n° 45 de la salle Cruveilhier, nous trouvâmes au 1^{er} janvier une malade âgée de 65 ans et qui était soignée dans le service de M. PETER, depuis un an déjà.

Elle souffrait d'un anévrisme de l'aorte, dont le début apparent remontait à 2 ans, et qui, augmentant peu à peu de volume, avait détruit la paroi thoracique sur une assez grande étendue. Il s'était formé une tumeur résistante et dont le volume augmenta jusqu'à la mort survenue le 26 janvier. Pendant cette année de séjour à l'hôpital, elle présenta surtout comme accidents des phénomènes de compression sur lesquels M. Mercklen, interne de M. Peter, nous a donné les détails suivants : La compression portait sur les organes contenus dans la poitrine : veine cave supérieure d'abord, avec congestion et œdème de la face ; puis trachée et poumon, avec dyspnée très intense quand la malade faisait un effort. La compression du plexus brachial détermina des névralgies intenses au bras, et, plus tard, il survint une névralgie intercostale. La voix était cassée, entrecoupée, les deux poulx furent toujours égales, mais faibles.

Dans la dernière période, ces phénomènes avaient disparu en partie, ainsi que les signes trouvés à l'auscultation du cœur : on sentait une tumeur assez résistante, s'étendant du bord droit du sternum à 7 centimètres en dehors, et de la clavicule à 7 centimètres en bas ; la paroi thoracique avait disparu dans toute cette étendue, et quelques jours avant la mort la tumeur recouverte par la peau dépassait le plan du sternum de 7 centimètres environ. La dyspnée était très intense, la malade pouvait à peine avaler un peu de lait et la pression sur la tumeur était très douloureuse, l'ondée sanguine de la soulevait plus, mais l'auscultation ne notant ni murmure sourd ni éloigné.

Le 26 janvier, après quelques heures d'agonie et d'orthopnée, la malade mourut. La tumeur s'ouvrit alors et le sang décoloré de mort.

AUTOPSIE. — Nous trouvâmes une poche anévrysmale, remarquable par son volume et sa position, développée à la face antérieure de la partie ascendante de la crosse de l'aorte. La tumeur s'est glissée entre la paroi thoracique et la veine cave supérieure, qu'elle a refoulée en arrière.

L'aorte est extrêmement dilatée et peut recevoir le poing tout entier. En outre, elle présente trois dilatations, dont la plus volumineuse est celle qui s'est fait jour, à travers la paroi, depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte, dont le bord supérieur est entamé. Dans cette dernière poche, se trouve une masse de caillots noirâtres, friables, comprenant au milieu de leur masse une cavité du volume d'une noix.

Une deuxième dilatation est située en arrière de la clavicule, au niveau du bord supérieur de laquelle elle atteint; elle contient une masse de caillots fibrineux, durs, stratifiés, adhérents à la paroi; enfin, la troisième est située en dedans de la précédente et ne contient que des caillots organiques.

Ces trois cavités n'en forment, en réalité, qu'une seule communiquant au moins anciennement avec le canal de l'aorte. Sur les parois de ce vaisseau, de nombreuses plaques d'athérôme font saillie et se retrouvent jusque dans l'aorte thoracique. L'orifice aortique est élargi et insuffisant, sans lésions très marquées. Le cœur ne présente pas une hypertrophie considérable, son volume est presque normal; la paroi du ventricule gauche est cependant plus épaisse. Le poumon droit est splénisé, et autour de l'orifice que la tumeur s'est creusée dans la paroi thoracique, il adhère par l'intermédiaire de la plèvre.

Telles sont les lésions que nous a présentées cet anévrysme, remarquable par son volume, sa marche progressivement croissante et les phénomènes de dyspnée et de dysphagie auxquels il a donné lieu.

16. Tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire chez un tuberculeux, par M. GREFFIER, interne des hôpitaux.

X..., 25 ans, entre à la salle Monneret, dans le service de M. AUDHOUE, avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire et laryngée fort avancée. Il ne pouvait pour ainsi dire pas émettre un son. L'auscultation révélait des craquements humides des deux côtés. Le malade présentait, en outre, du côté gauche, une saillie au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; la palpation révélait un empatement d'une consistance analogue à celle d'un lipome, mais aucune fluctuation. Le malade racontait qu'il y avait

eu là une luxation, à la suite d'un effort. La peau n'était pas rouge ; il n'y avait pas de douleur. X... succomba au bout de quelques jours de séjour dans le service.

AUTOPSIE. — Lésions pulmonaires très avancées. Dans les deux poumons, cavernes énormes. Infiltration confluente de granulations tuberculeuses. Le larynx présente des ulcérations, notamment sur les cordes vocales. Foie gras.

Notre attention était particulièrement attirée sur la lésion articulaire constatée pendant la vie. Nous trouvâmes une articulation énormément distendue par une quantité considérable de pus caséeux. En raclant ce pus et lavant l'articulation sous un courant d'eau, nous pûmes observer les lésions qui avaient atteint les surfaces articulaires et la synoviale. Celle-ci était blanchâtre, très épaissie. Elle était hérissée de bourgeons, de fongosités minces et allongées qui flottaient sur l'eau et étaient très considérables. Les surfaces articulaires sont profondément atteintes. Elles ont perdu tout revêtement cartilagineux ; elles sont rugueuses sous le doigt et présentent l'aspect caractéristique de l'ostéite.

L'examen microscopique dû à M. Cornil, est pratiqué sur une portion de la synoviale articulaire traitée successivement par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Sur une coupe colorée au picro-carmin, on reconnaît que la surface des bourgeons de la synoviale présente une coloration jaunâtre, une apparence grenue, un aspect caséiforme ; une grande partie des bourgeons est constituée par des fibrilles, anostamosées entre elles, et sans éléments cellulaires interposés. Si l'on fait passer de l'acide acétique sur une préparation, on voit ces fibrilles se tuméfier, devenir grenues et enfin disparaître ; il y a donc là un exsudat fibrineux. Dans l'épaisseur de la synoviale, au milieu du tissu conjonctif qui la constitue et dont les vaisseaux sont pour la plupart très dilatés, on trouve par places, surtout à la base des bourgeons, des agglomérations de petites cellules, et, au milieu de ces cellules embryonnaires, des cellules géantes ; ces cellules tranchent par leur coloration ; leur protoplasma est d'une teinte jaune-orangé et présente surtout à la périphérie des noyaux colorés en rouge. Dans certains points, on distingue nettement la cellule géante, située dans une cavité dont les parois sont tapissées par des cellules endothéliales et qui semble être un vaisseau. Les cellules géantes paraîtraient donc se développer ici, comme elles le font dans la tuberculose de la pie-mère, dans l'intérieur même des vaisseaux.

17. Double kyste hydatique du foie chez un enfant de 6 ans; par M. Georges THIBIERGE, interne des hôpitaux.

Jean H..., âgé de 6 ans, né dans le département de la Haute-Marne, entre le 24 janvier 1882 à l'hôpital des Enfants, service de M. le Dr ARCHAMBAULT.

Cet enfant est atteint de croup. En examinant l'abdomen, on constate l'existence de deux tumeurs. L'une occupe l'épigastre, un peu à gauche de la ligne médiane, débordant également dans l'hypochondre gauche et dans la région ombilicale. Elle fait sous la peau une saillie superficielle, mais très appréciable à la vue. A la palpation, elle paraît immédiatement sous-jacente à la paroi abdominale; les téguments sont mobiles sur elle et elle est également facile à déplacer sur les parties profondes, produisant dans ces déplacements une sorte de sensation de ballotement. Cette tumeur est arrondie, régulière et sans bosselures et mesure environ 7 centimètres dans toutes ses dimensions. L'autre tumeur occupe la partie supérieure de la fosse iliaque droite, à la limite du flanc; elle ne fait aucune saillie sous la peau; elle est également mobile sous les téguments et on peut la déplacer en plaçant une main dans la fosse iliaque droite et une autre à la région lombaire droite; elle est arrondie et de mêmes dimensions que la première. Ces deux tumeurs sont mates et leur matité se continue avec celle du foie. Elles ne causent aucune douleur à l'enfant, ni spontanément, ni dans les diverses explorations; les parents de l'enfant avaient remarqué l'existence de l'une d'elles, mais ne peuvent dire à quelle époque elle est apparue.

L'enfant succombe à l'extension des fausses membranes dans les bronches, le 28 janvier.

AUTOPSIE.— Les divers organes ne présentent, en dehors de la diphtérie des voies respiratoires et de la lésion hépatique, aucune altération digne d'être notée.

Le foie, de volume normal, présente à la partie inférieure du lobe droit une tumeur du volume d'une orange, transparente; cette tumeur fait saillie sur la face inférieure du lobe et dépasse de quelques millimètres son bord antérieur. Sur le lobe gauche, à un centimètre de son bord inférieur, existe une tumeur analogue, faisant saillie sur ses deux faces, transparente comme la première et un peu plus volumineuse qu'elle. Ces deux tumeurs sont enveloppées d'une capsule cellulaire richement vascularisée; leur

face interne est parsemée de petites saillies qui ne sont autres que des têtes d'échinocoques ; il n'existe pas de vésicules secondaires dans l'intérieur des kystes, qui sont remplis d'un liquide transparent, semblable à de l'eau de roche et dans lequel on constate au microscope une grande quantité de scolex avec leur couronne entière de crochets.

Le foie pesait, avant l'ouverture des kystes, 1070 gr.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un nouvel exemple de kyste hydatique chez un enfant : mais, comme les faits de ce genre ne sont pas très fréquents à l'âge de notre petit malade, il nous a paru utile de la signaler.

18. Abscès périnéphrétique tuberculeux ; par M. DOTEY,
interne des hôpitaux.

V..., âgée de 21 ans, fleuriste, a toujours été d'une santé délicate. Elle tousse depuis longtemps. Epuisée par une grossesse, elle est accouchée il y a quinze jours d'un fœtus de six mois.

Le 2 février, un énorme abcès lombaire s'ouvrit spontanément et inonda le lit d'un pus fétide. Depuis quelques jours, la malade se plaint d'une dyspnée croissante. Elle tousse et rend des crachats blanchâtres, muqueux. A la région lombaire gauche, au niveau du triangle de J. L. Petit, un orifice circulaire de 10 millimètres laisse pénétrer dans le foyer purulent. La poche sous-cutanée offre au moins quinze centimètres en tous sens, et, en dedans, s'arrête à la ligne médiane. Cet abcès, d'après les commémoratifs, paraît s'être manifesté sous la peau depuis trois mois. Le palper abdominal fait reconnaître, à l'emplacement du rein gauche, une tumeur oblongue et résistante. L'examen du thorax donne tous les signes d'une poussée de tuberculose aiguë.

4 février. M. Schwartz incise transversalement le foyer sur la sonde cannelée.

Le doigt peut contourner la crête iliaque, plonger en bas et en avant au contact du muscle iliaque dénudé, et plus haut au contact du rein, qui baigne dans le pus. La lésion du rein est sans doute de longue date. — La malade se laisse aller sous elle. On bourre le foyer de gaze phéniquée. Elle meurt dans la nuit sans qu'on ait pu examiner les urines.

AUTOPSIE. — Quelques cavernes dans le sommet gauche. La totalité des poumons est parsemée de tubercules mi-

liaires. Certains points, d'un aspect terne, sont exsangues et criblés de granulations grises. Le cœur est petit. Il pèse 130 gr. Le foie, le rein droit, les capsules surrénales, les séreuses, les capillaires du cerveau ne présentent pas de tubercules. Dans le flanc gauche, une coque fibreuse, adhérent au colon descendant, recouvre le foyer purulent. Le rein baigne dans le pus par sa partie postéro-inférieure, où s'ouvre une large fistule à bords caséeux. L'uretère forme un gros cordon dur et bosselé, jusqu'à la vessie, où on trouve une urine purulente. Le rein, incisé longitudinalement, ne présente plus trace de sa structure normale.

Bourré de foyers caséeux à contenu central purulent, il offre l'aspect d'un gros ovaire rempli de corps jaunes. Une membrane pyogénique jaunâtre revêt toutes ces cavités anfractueuses, pour former sans interruption le revêtement du bassin de l'uretère, et, d'autre part, par l'intermédiaire de la fistule rénale, de tout le foyer périnéphrétique.

Le tissu inflammatoire qui entoure le rein, en avant, contient des granulations grises ainsi que la couche externe de l'uretère. Ce conduit s'ouvre largement dans la vessie, qui présente dans sa partie gauche une large ulcération tuberculeuse. L'orifice de l'uretère droit est sain. La muqueuse injectée de sang présente trois exulcérations à peine visibles.

Toute la muqueuse vésicale qui borne la portion ulcérée est criblée d'arborisations vasculaires. La tunique musculaire et le tissu cellulaire ambiant présentent des granulations grises et des points caséeux, surtout vers l'abouchement de l'uretère gauche, comme si la tuberculose du rein se fût portée de proche en proche vers la vessie. Un des ovaires et la trompe adjacente présentent quelques granulations grises.

Nous pouvons donc faire deux parts des lésions anatomiques. D'un côté, la tuberculose, primitive sans doute, du rein, propagée à l'uretère, à la vessie, au tissu cellulaire périnéphrétique. De l'autre, une poussée de tuberculose pulmonaire aiguë. Les cavernes du sommet gauche remontent plus haut et sont probablement contemporaines de la tuberculose rénale. Le sternum ne contenait pas de tubercules.

L'examen histologique nous montre le poumon criblé de granulations grises confluentes et de foyers de broncho-pneumonie tuberculeuse. La paroi caséeuse des abcès du rein présente une structure analogue tout le long de l'uretère. C'est une couche amorphe, granuleuse, où l'on distingue des globules de graisse fort réfringents et quelques

vaisseaux oblitérés, ayant l'apparence de cellules géantes.

Au niveau de la fistule, aucune trace de parenchyme rénal. Une couche de tissu conjonctif fibrillaire emprisonne, sur la coupe, deux ou trois glomérules scléreux, de volume fort inégal. Les artérioles voisines présentent de l'endartérite végétante. Tout autour, une zone de tissu conjonctif lamelleux, infiltré de cellules adipeuses, trace de la capsule graisseuse du rein. Puis, la paroi de l'abcès périnéphrétique, formée d'éléments embryonnaires entremêlés de tissu conjonctif, de granulations tuberculeuses. Pas de cellules géantes. Là où l'on trouve trace du parenchyme glandulaire, les éléments en sont dissociés par une sclérose diffuse. Quelques tubes présentent des cellules épithéliales relativement peu altérées. La couche musculaire de l'uretère, très apparente, est dissociée par une infiltration tuberculeuse. Ça et là, une granulation isolée autour d'une artériole oblitérée.

Cette disposition est surtout bien nette dans les coupes de la vessie. Tous les vaisseaux, au niveau de l'ulcération, sont oblitérés. On voit, au centre, de la fibrine et quelques débris de globules. A la périphérie, le vestige des tuniques vasculaires. Le tissu ambiant est infiltré de globules lymphatiques et d'un exsudat fibrineux. A la limite des lésions tuberculeuses, on voit s'effectuer la transition entre l'artère pleine de globules rouges et le vaisseau rempli de fibrine vivement colorée par le carmin, et offrant l'aspect décrit sous le nom de cellules géantes.

19. Rapport sur la candidature de M. Netter: par M. BRANTLY.

M. Netter a fait à la Société anatomique un certain nombre de communications intéressantes.

En 1879, il présenta un anévrysme du cœur. La pièce, recueillie à l'autopsie d'un malade atteint de néphrite interstitielle, peut être invoquée comme réalisant à leur maximum les altérations cardiaques de cette maladie, étudiées par MM. Debove et Leriche. Une autre communication de la même année a trait à un cas d'asthme, dont la cause première était une hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Pendant deux jours la température rectale du malade ne dépassa pas 38°.

Nous passons sur diverses autres présentations pour arriver à celle qui fut faite à la Société le 5 février 1882. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui souffrait avec une simple hypertrophie du cœur, sans lésion d'origine, ne présentant

que des signes d'arythmie, fut pris dans le service d'une embolie cérébrale du côté droit et présenta pendant quelques jours une respiration de Cheyne-Stokes très nette. L'autopsie montra que l'hypertrophie et la dilatation du cœur tenaient à une endocardite ancienne, qui avait déjà donné lieu à des infarctus des reins en voie de régression. L'embolie sylviennne, les infarctus pulmonaires récents ont sans doute eu pour point de départ des caillots détachés, non de la surface des valvules, mais de la pointe du ventricule où l'on trouvait quelques caillots anciens entre les colonnes charnues.

Nous signalerons, parmi les particularités intéressantes de cette observation, le côté de l'embolie sylviennne, le contraire de celui signalé le plus souvent: La respiration de Cheyne-Stokes doit ici être rattachée à l'altération du cœur, comme le voulaient ces auteurs, et non à des altérations de l'isthme de l'encéphale, qui était sain.

Nous avons eu ici une endocardite bien antérieure à l'entrée du malade dans notre service. Cette affection, incontestable par les lésions anatomiques, aurait évolué sans aucun trouble fonctionnel et serait primitive. Le malade n'a jamais eu rhumatisme, chorée ni scarlatine. Il est rare enfin de voir une endocardite frapper les deux cœurs à la fois.

20. M. BABINSKI montre un *cancer du rein* développé chez une femme opérée d'une *squirrhe du sein*.

21. M. MERKLEN présente : 1° Un exemple type d'*anévrisme valvulaire d'une valvule sigmoïde de l'aorte*; 2° Une *néphrite interstitielle* avec kystes multiples développés non seulement dans les reins, mais même dans les deux uretères et jusque dans la vessie. M. Merklen croit à une dégénérescence colloïde des épithéliums de ces différents organes.

22. ELECTIONS. — M. FÉRÉ lit une lettre de M. Hadden demandant le titre de membre correspondant. La candidature de M. HADDEN est mise aux voix. M. Hadden est nommé membre correspondant de la Société.

23. M. HANOT annonce la perte regrettable que vient de faire la Société dans la personne d'un de ses membres les plus estimés, M. Cossy, chef de clinique du professeur

Parrot, mort d'une angine diphthéritique contractée dans son service à l'hôpital des Enfants-Assistés. M. Josias est chargé de représenter la Société et de prononcer un discours en son nom sur la tombe de notre regretté collègue.

Séance du 17 février 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

24. Athérome de l'artère pulmonaire; par M. Louis MONNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Lec..., âgé de 74 ans, est entré à l'infirmierie de l'hospice d'Ivry, le 2 janvier 1882, service de M. le Dr Moxon.

Cet homme est entré dans le service pour des pustules d'ecthyma, entourées d'une rougeur rappelant celle de la lymphangite superficielle, situées sur la jambe gauche. Au bout de quelques jours se sont montrés des phénomènes d'urémie, et il est mort.

AUTOPSIE. — L'appareil cardio-vasculaire présente au plus haut point les lésions de l'athérome artériel. Les artères rénales elles-mêmes sont altérées et les reins sont un type de néphrite mixte. Mais, bornons notre attention à l'étude de l'artère pulmonaire. Saine extérieurement, elle présente à sa face interne cinq petites plaques blanchâtres, un peu saillantes, mais lisses, d'un diamètre variant de 2 à 3 millimètres à un centimètre, les unes rondes, les autres allongées, notamment celle qui a un centimètre dans son plus grand diamètre. Les petites et les moyennes rappellent assez bien « une éruption variolique discrète sur le point de passer à la suppuration. » Toutes sont d'une consistance semi-cartilagineuse. Leur topographie est assez caractéristique: on en trouve une sur la face postérieure de l'artère, à 12 millimètres des valvules; les quatre autres sont sur l'éperon de la bifurcation.

L'examen de la portion intra-pulmonaire de l'artère n'a

pas été fait: les poumons ne présentaient aucun noyau d'infarctus.

RÉFLEXIONS. — Ce cas nous a paru intéressant à présenter à cause de sa rareté et par l'absence d'infarctus hémorrhagiques, comme en mentionnent les observations publiées par M. Martineau dans les mémoires de la Société de biologie de 1861.

25. Luxation congénitale du fémur ; par M. Louis MONNIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Mé..., âgé de 61 ans, est entré le 27 février 1881 à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Saint-Jean-Baptiste, n° 7, service de M. le D^r MONOD.

Cet homme a présenté pendant la vie les symptômes classiques de la luxation double des fémurs, luxation qui, d'après ce qu'il a raconté, devait être congénitale. Elle lui a cependant permis de marcher sans béquilles pendant une période assez longue de sa vie; néanmoins, il a très fréquemment souffert des deux hanches, notamment de la droite. A l'âge de 45 ans, il aurait eu une coxalgie double qui l'aurait tenu 22 mois au lit. Il est mort des suites d'une tumeur blanche du genou droit.

AUTOPSIE. — Nous n'avons pu étudier que les lésions de l'articulation coxo-fémorale droite; mais comme pendant la vie les deux articulations paraissaient absolument homologues, nous pouvons en déduire, assez légitimement, que les altérations de la gauche étaient les mêmes. Voici ce que nous avons trouvé: Sous une épaisse couche graisseuse sous-cutanée, les fessiers sont apparus atrophies, pâles, chargés de graisse; cet état est spécialement propre aux moyen et petit fessiers. Ces deux derniers muscles ont une direction anormale par suite de l'élévation en masse du fémur; leur action devait en être presque annihilée pendant la vie, d'où leur atrophie. Il en est de même des pelvi-trochantériens et adducteurs.

Ces muscles sectionnés, on trouve une capsule complète et épaisse: en bas, notamment, il existe un gros trousseau fibreux qui s'enroule en dessus du col fémoral et contribue à le maintenir dans sa situation.

Une section parallèle aux fibres montre: 1° La surface interne de la capsule, lisse et tapissée d'une synoviale. 2° Une tête fémorale aplatie d'avant en arrière et de dedans

en dehors, lisse, revêtue de cartilage sur le tiers inférieur, rugueuse en haut; autour, existe une véritable collerette de végétations osseuses de quelques millimètres. 3° Un col fort diminué de longueur, surtout en arrière où il y a comme un tassement. Il est déjeté en dehors et se trouve presque dans un plan antéro-postérieur passant par lui et la diaphyse fémorale. L'angle du col avec le corps, au lieu de 135°, n'a guère que 90°. 4° Une cavité cotyloïde formée de toutes pièces, située au-dessus et en avant de l'ancienne, profonde, dirigée presque directement en dehors. Elle possède un volumineux sourcil cotyloïdien. Un cartilage le revêt dans ses 2/3 inférieurs, le tiers supérieur étant occupé par la capsule. Au centre, est un rudiment de ligament rond.

En inspectant la néarthrose par en bas, on voit que la capsule naît par deux gros trousseaux fibreux, s'insérant sur deux saillies qui semblent être l'extrémité supérieure des parois antérieure et postérieure de l'ancienne cavité cotyloïde. Celle-ci est en effet à sa place normale, mais peu profonde et remplie de graisse. Ajoutons que tous les éléments de cette néarthrose ne présentent que de rares vestiges d'inflammation, mais ils justifient les douleurs accrues pendant la vie.

Un mot du bassin: il n'est pas déformé, à part une exagération de l'angle sacro-vertébral, du reste peu prononcée. L'ischion est déjeté en dehors, et sur la tubérosité ischiatique est une sorte d'épine, longue de 2 centimètres, sur laquelle s'insère le ligament sacro-sciatique. Nous parlons de l'ischion droit, car, comme nous l'avons dit, il nous a été impossible de disséquer le côté gauche.

26. Végétations de la muqueuse uréthrale. — Persistance du trou de Botal; par M. Louis MONNIER, interne des hôpitaux,

Le nommé Modane, âgé de 73 ans, est entré le 8 février 1882 à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Saint-Jean-Baptiste, n° 9, service de M. le D^r MONOD.

Modane est un ancien soldat qui a fait les campagnes de Crimée et d'Afrique; c'est là un fait important à noter, car cela prouve que son cœur fonctionnait bien, malgré l'anomalie que nous a révélée l'autopsie. Admis à Ivry, il y a 3 ans, il est entré fréquemment à l'infirmerie pour des rétentions d'urine passagères.

Son dernier séjour a été fort court; admis à 8 h. il est mort le lendemain. Ce dénouement inopiné nous a mis dans l'impossibilité de rédiger une observation aussi circonstanciée que nous l'aurions voulu. Nous avons appris, toutefois

que ce malade se sondait journellement depuis une dizaine d'années, que ses urines étaient purulentes dans les derniers temps de sa vie, qu'il était sujet, depuis quelques semaines, à des accès de fièvre vespéraux et, qu'enfin, il n'avait jamais présenté de cyanose excepté lors du stade de frisson des accès fébriles.

AUTOPSIE. — Elle nous a permis de constater les particularités suivantes :

La vessie est un peu hypertrophiée, la muqueuse est épaissie. La prostate présente une augmentation notable de ses 2 lobes latéraux ; la muqueuse est saine. Les portions membraneuse et spongieuse de l'urèthre sont infiniment plus intéressantes à étudier : au niveau de la portion membraneuse, la muqueuse semble avoir été le siège d'une inflammation chronique. A l'union des régions prostatique et membraneuse, latéralement, à gauche, est un orifice de 12 à 15 millimètres de diamètre qui donne accès dans une poche tapissée de pus concret et verdâtre, située en arrière du ligament de Carcassonne et capable de loger une chaigne. Ajoutons que, dans cette même région membraneuse, on aperçoit une petite trainée de végétations de 2 à 3 millimètres de hauteur, végétations que nous retrouvons plus développées dans la portion spongieuse. Là, en effet, on aperçoit disséminées çà et là 10 à 12 petites végétations blanchâtres, hautes de 2 à 3 millimètres, non pédiculées. De plus, il existe, à 4 cent. du méat urinaire, une trainée de végétations haute de 3 à 4 millimètres, longue de 12 à 15 millimètres. Toutes ces végétations sont un peu muriformes ; la muqueuse qui les recouvre et celle qui les environne sont normales.

L'examen histologique de ces végétations a été fait par M. Artaud : il a dénoté l'absence d'épithélium à leur surface et une structure essentiellement fibreuse avec de rares vaisseaux.

Les reins, la rate, le foie et le poumon ne nous présentent rien à signaler. Il n'en est pas de même du cœur. Cet organe est normal extérieurement : l'orifice aortique est athéromateux ; pas de lésions des autres orifices. Sur la cloison interauriculaire, la fosse ovale apparaît nette et lisse. Au niveau de sa portion postéro-inférieure et non antéro-supérieure, comme c'est l'ordinaire, existe une fente de 8 millimètres de haut lorsqu'on pratique une légère traction verticale, et fermée alors, mais qui, par une traction antéro-postérieure, se transforme en un orifice ovale de 6 à 7 millimètres. Deux lames le circonscrivent, l'une droite,

l'autre gauche. Toutes deux naissent à l'extrémité inférieure de la fente, ou, plus exactement, l'une en avant, l'autre en arrière : de là elles décrivent une courbe, la droite à concavité postérieure, la gauche à concavité antérieure. Leur longueur est d'environ 4 cent. En haut, elles se perdent : la gauche sur l'anneau de Vieussens, la droite sur la cloison interauriculaire. Ces lames sont minces, un peu épaissies sur leur bord libre. Leur largeur est absolument inégale : la gauche n'a que 2 à 3 millimètres au point maximum, la droite 20 millimètres.

RÉFLEXIONS. — Qu'on nous permette quelques réflexions sur les deux surprises que nous a révélées l'autopsie de ce malade. Les végétations de l'urèthre chez l'homme sont chose rare, dit Voillemier, dans son *Traité des maladies de l'urèthre*. Tome I, p. 539. Il les a ordinairement trouvées dans la fosse naviculaire ; or, ici, cette région n'en présentait aucune. Pour cet auteur, elles sont identiques à celles qu'on trouve sur le gland ; il tait, du reste, leur étiologie, et dans le cas présent nous sommes réduits à des hypothèses, parmi lesquelles la moins inadmissible semble être une irritation produite par le passage incessant de la sonde, car il se sondait journellement depuis dix ans.

L'interprétation de l'anomalie cardiaque est infiniment plus aisée, pensons-nous.

Chez le fœtus, en effet, on voit naître, vers le quatrième mois, de la moitié inférieure et postérieure du trou de Botal, un repli valvulaire, sorte de croissant à concavité antérieure : au cinquième ou sixième mois, il atteint la partie la plus élevée du trou de Botal puis le déborde et lui adhère intimement. Or, ici, que s'est-il passé ? Le repli valvulaire ne s'est pas développé : il est représenté par la lame gauche ; de la concavité de l'anneau de Vieussens est partie une lame marchant à la rencontre de la précédente ; ses extrémités l'ont dépassée ; mais le centre est arrivé juste au niveau du centre de la précédente ; aucune adhérence ne s'est formée. Pendant la vie, puisque cette perforation est restée latente, il faut bien admettre une obturation parfaite, et cela probablement par la contraction en sens opposé des deux demi-sphincters bordant les lames que nous avons décrites.

27. Synovite tuberculeuse des gaines tendineuses; par
M. Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

La nommée F..., 19 ans, domestique, entre à l'hôpital Necker, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur TRÉLAT, le 14 décembre 1881.

Cette jeune fille a eu une enfance manifestement strumeuse (maux d'yeux, glandes au cou)... Elle s'est toujours très facilement enrhumée, dit-elle; mais elle a eu surtout des coryzas fréquents et prolongés, ne toussant pas ou très peu. Elle ne présente du reste actuellement aucun signe de tuberculose pulmonaire et ses antécédents héréditaires ne semblent pas la prédisposer à cette diathèse. Ajoutons que la menstruation, qui s'est établie difficilement il y a seulement deux ans (la malade avait alors 17 ans), a toujours été irrégulière et a même complètement cessé depuis plus de dix mois; elle est remplacée depuis lors par une leucorrhée, habituellement très abondante.

Il y a dix-huit mois environ (juillet 1880), alors qu'elle était domestique en province, cette malade commença à ressentir, sans cause appréciable, des douleurs très vives dans tout le doigt médium de la main droite et dans toute la région métacarpienne correspondante. Elle ne pouvait même, à ce moment, aucunement se servir de sa main. Quelques semaines après le début de ces douleurs, elle s'aperçut que le doigt augmentait de volume au niveau de la face palmaire de la première phalange.

Après avoir duré, après bien des intermittences, pendant près d'une année, ces douleurs ont fini par disparaître il y a environ six mois. Quant au gonflement, loin de diminuer, il augmenta lentement et graduellement. C'est cette tumeur qui, seule, détermine la malade à demander son admission à l'hôpital.

A son entrée, la première phalange du médium droit se présente de la façon suivante : Face dorsale absolument normale; bords très légèrement tuméfiés et déterminant ainsi un certain écartement des doigts voisins.

Face palmaire constituée par une tumeur saillante d'un demi-centimètre environ, indolore, donnant à la pression la sensation d'une fausse fluctuation, qui n'est que de la mollesse. Cette tumeur se prolonge en haut sur les tendons fléchisseurs avec lesquels elle s'engage sous le pont fibreux de l'aponévrose palmaire, et remonte en soulevant un peu cette aponévrose jusqu'à la limite de l'éminence

thénar. Mais elle ne semble pas entraver considérablement les mouvements de flexion du doigt, qui ne sont qu'un peu diminués, peut-être par le fait : 1° de la raideur articulaire, résultant d'une insuffisance d'exercice des phalanges ; 2° de la présence même de la tumeur qui, venant s'interposer entre le doigt et la main dans le pli digito-palmar, empêche la flexion complète. Elle se meut d'ailleurs un peu avec les tendons, mais son déplacement est très limité. Ajoutons que cette tumeur paraît, dans sa région phalangienne, très peu adhérente à la peau qui n'est aucunement modifiée ; à la main, nous avons dit qu'elle s'enfonçait sous l'aponévrose, avec les tendons.

Le diagnostic synovite fongueuse de la gaine tendineuse est posé par M. le professeur Trélat, qui propose l'extirpation de la tumeur à la malade, laquelle l'accepte.

Opération, le 22 décembre. — Après anesthésie complète par le chloroforme et application de la bande d'Esmarch : 1° Incision médiane et verticale s'étendant à toute la face palmaire de la première phalange et à presque toute la longueur du métacarpien correspondant (8 à 9 centimètres, longueur de la tumeur) ; 2° Ablation d'une tumeur allongée en forme de boudin, irrégulièrement lobulée, de consistance semi-molle, avec des foyers jaunâtres plus ramollis, d'une coloration gris-rosé, rappelant celle de la parotide, tenant modérément à la face profonde de la peau, mais très adhérente à tout le pourtour du tendon fléchisseur superficiel dont elle se laisse difficilement isoler ; entourant toute la circonférence du tendon superficiel, elle s'insinue entre celui-ci et le profond, auquel elle adhère à peine ; 3° Dissection lente et minutieuse de ces tendons, de l'interosseux et du lombrical correspondant, la tumeur se prolongeant assez loin sous l'aponévrose palmaire. Elle est enlevée en totalité ; 4° Sutures au fil d'argent ; petit drain ; pansement de Lister, qu'on renouvèle les 23, 25, 27 et 29 décembre. Quand nous quittâmes le service fin décembre, la plaie semblait cicatrisée par première intention. Depuis lors, nous avons appris qu'elle s'était désunie en un point et avait assez abondamment suppuré.

Examen histologique. — Cette tumeur, examinée par M. Latteux, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, présente à étudier : 1° un tissu fibreux formant la majeure partie de la tumeur, plus ou moins compacte et modifiée suivant les points qu'on examine ; 2° des foyers tuberculeux, avec nodules et cellules géantes.

Le tissu fibreux de cette tumeur est constitué par le

groupement de fibres conjonctives renfermant de nombreux éléments embryonnaires ; très dense et très serré en certains points, il est au contraire en d'autres endroits très lâche et rempli d'éléments adipeux, au milieu desquels existent de magnifiques capillaires embryonnaires. Toute une région est même infiltrée de gouttelettes huileuses indiquant une régression complète du tissu.

Dans certaines parties de la tumeur, on rencontre des îlots jaunâtres, entourés d'une zone conjonctive plus serrée et plus riche en éléments embryonnaires. Ces îlots (amas tuberculeux), constitués par un ensemble d'éléments cellulaires se colorant en jaune par le picro-carminate, laissent apercevoir dans leur masse quelques noyaux rouges assez rares ; le tout est plongé dans une sorte de gangue granuleuse et amorphe. Le centre est occupé par une cellule géante à contours bien limités, ovoïde et contenant un grand nombre de noyaux. Bien qu'existant dans la plupart des nodules tuberculeux, cette cellule géante n'est cependant pas absolument constante.

RÉFLEXIONS. — Indépendamment de cette donnée thérapeutique qu'il établit, à savoir l'extirpation possible et fructueuse de ces sortes de tumeurs, ce fait offre un intérêt anatomique évident.

A la suite de la tuberculose testiculaire de Reclus, des gommages tuberculeuses de Brissaud et Josias, des abcès froids tuberculeux de Lannelongue, de la tuberculose des synoviales articulaires de Priou, de Lannelongue, de Laveran..., celle des synoviales tendineuses doit former un groupe à part dans le cadre des tuberculoses localisées, si élargi depuis quelques années surtout. En recherchant les matériaux nécessaires pour établir l'histoire de cette affection, on constate, dans les divers recueils et publications, une extrême pénurie de renseignements. Nous ne croyons pas qu'il existe dans la science beaucoup de faits semblables, en dehors de celui qu'a si complètement observé et si nettement précisé M. Lancereaux, en 1873. Il est rapporté dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1873, p. 69, sous ce titre : « *Synovite tuberculeuse des tendons des doigts de la main.* »

Malgré la rareté des faits observés d'une manière complète, la tuberculose des gaines synoviales tendineuses existe, croyons-nous, incontestablement. Ce qui a surtout

manqué jusqu'alors, c'est la preuve histologique. Combien sont fréquentes les affections englobées sous le titre de synovites tendineuses chroniques, de kystes des gaines synoviales, de fongosités des gaines tendineuses, etc., dont le microscope viendrait affirmer la nature tuberculeuse. Et alors, l'ablation totale s'imposant ici de même que dans les autres tuberculoses localisées comme une nécessité opératoire, modifierait singulièrement la conduite du chirurgien.

Après les travaux de Michon et de Legouest, la remarquable thèse de Bidart, en 1858, a autrefois fait faire un grand pas à la question si controversée des fongosités tendineuses, en montrant l'erreur des anciens chirurgiens qui les confondaient presque toujours avec des dégénérescences cancéreuses. Il faut faire aujourd'hui, croyons-nous, une certaine part à la tuberculose dans la production de ces affections.

28. Kyste hydatique du rein et du foie. — Ponction. — Ouverture par le procédé de Récamier au niveau de la fosse iliaque. — Lavages phéniqués. — Mort par septicémie; par M. Al. BOISSARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Carra, âgé de 61 ans, entre, le 28 novembre 1881, à l'hôpital Necker, dans le service du D^r RIGAL. Il était toujours d'une bonne santé, quand, il y a trois ans, il s'aperçut par hasard qu'il portait dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing environ; cette grosseur s'est accrue progressivement de bas en haut, c'est-à-dire en descendant de plus en plus dans la fosse iliaque, sans déterminer de douleurs ni de troubles dans la santé générale; ce n'est que depuis six mois que le ventre se trouve déformé, élargi, et que le malade souffre en marchant et en montant les escaliers.

A l'entrée du malade, on constate une saillie considérable qui soulève toute la moitié droite de l'abdomen; cette saillie est cylindrique, lisse et assez mobile; elle s'étend du rebord des fausses côtes droites jusqu'à la crête iliaque du même côté; cette tumeur est mate dans toute son étendue, manifestement fluctuante, sans bruit de flot ni frémissement; elle ne peut être limitée ni en arrière, ni en haut, mais, en bas, elle se termine à trois travers de doigt au-dessus de l'aîne par une extrémité globuleuse qui paraît libre.

Le foie n'est pas remonté et il semble qu'il y ait par la

percussion une zone de sonorité entre son bord inférieur et la tumeur ; il n'existe point d'ascite, point de troubles dans la qualité ou la quantité des urines. Le diagnostic porté est kyste hydatique, sans qu'on puisse en affirmer le siège. Par la ponction, on retire une centaine de grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, très fluide et donnant par l'acide nitrique un léger nuage albumineux ; l'examen microscopique ne révèle aucune trace de crochets ; à la suite de cette ponction exploratrice, légers signes de péritonite, une certaine quantité de liquide s'étant écoulée dans le péritoine ; la tumeur ainsi vidée a perdu son aspect globuleux, elle est très souple, et ne peut plus être déplacée en masse comme auparavant.

Les jours suivants, toute menace de péritonite disparaît, et la tumeur reprend ses caractères primitifs, si bien qu'on refait une deuxième ponction le 8 décembre. On vide la tumeur en partie et on en retire environ 1,500 grammes d'un liquide clair ; quelques fragments de débris de vésicule venant à obstruer la canule, on ne peut vider entièrement la tumeur. L'examen microscopique montre dans le liquide des groupes d'échinocoques complets, munis de leurs crochets ; il y a également des crochets libres. Les petits grumeaux blancs sont absolument anhistes et sont sans aucun doute des fragments d'enveloppe vésiculaire.

Le soir de la ponction, le malade n'a pas de fièvre et se sent très soulagé, mais la tumeur recommence à se développer les jours suivants : on fait, le 28 décembre, une ponction capillaire, mais comme on retire du pus, on s'arrête. La santé générale du malade est toujours satisfaisante, mais, sur la partie la plus saillante de la tumeur, la peau est luisante, un peu chaude et œdématiée. Le 5 janvier, on refait une quatrième ponction, mais on ne retire rien ; la canule est libre à son extrémité, mais le liquide purulent est trop épais, trop floconneux pour sortir.

Les 16, 17, 18 janvier on fait une application successive de pâte de Vienne sur la partie la plus saillante de la tumeur ; le 19, on fait une ponction avec un très gros trocart ; l'écoulement du pus se fait quand même très difficilement, de grosses vésicules hydatides venant continuellement boucher la canule ; on retire cependant par ce procédé de nombreuses et volumineuses vésicules ; on enlève la canule et l'on place un gros drain par lequel on fait des lavages phéniqués chaque jour, malheureusement, on ne fait plus sortir de vésicules.

Le malade va bien et n'a pas de fièvre ; le 26 janvier, on enlève l'eschare ainsi que le drain ; au moyen de pin-

ces, on retire alors un nombre considérable d'hydatides, variant de la grosseur d'une noisette à celle du poing. Jusqu'au 29 janvier, on fait chaque jour deux lavages phéniqués et on continue de retirer de nouvelles vésicules ; mais à partir de ce moment le pus devient fétide, le malade s'affaiblit et perd l'appétit : peu de fièvre : T. 37° 8. pouls 100.

6 février. Jusqu'à aujourd'hui on fait matin et soir des lavages, mais la poche ne semble pas revenir sur elle-même et le pus est toujours un peu fétide.

7 février. Dans la nuit, le malade est pris de douleurs dans l'abdomen. la face se grippe un peu, le pouls devient irrégulier, la température tombe à 36° 4. Ces phénomènes vont en s'accroissant chaque jour et le malade meurt dans le collapsus le 9 février.

Autopsie. — Adhérences complètes et solides entre la poche kystique et la paroi abdominale. Le rein droit a presque complètement disparu, enserré qu'il est par deux poches kystiques pleines de vésicules et indépendantes l'une de l'autre, l'une siégeant à l'extrémité supérieure du rein, l'autre l'englobant à sa partie inférieure : hypertrophie fonctionnelle considérable du rein gauche qui est sain : poche vésiculeuse considérable sur la face convexe du lobe droit du foie.

REFLEXIONS. — Par suite de la présence du kyste supérieur, le rein se trouvant abaissé, la poche kystique inférieure est venue rapidement faire saillie dans la fosse iliaque, ce qui a augmenté les difficultés pour préciser le siège exact du kyste : nous noterons encore l'absence de troubles urinaires ; enfin, par suite de la présence de la poche kystique supérieure, complètement indépendante et difficilement accessible aux moyens chirurgicaux, le traitement restait incomplet et la ponction était insuffisante.

29. Kyste hydatique du cœur. — Kystes hydatiques de la rate : par M. RENAUD, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'un malade du service de M. ROQUES, à l'Hôtel-Dieu annexe.

Le nommé Brunot, 63 ans, maçon, entre le 3 février 1892, salle Saint-Bernard, n° 13. En 1877, cet homme a été soigné à la Pitié par M. Desnos, pour de l'ataxie locomotrice. Il accuse des troubles qui tendent à faire accepter ce dia-

gnostic, tels que : douleurs dans les jambes, troubles oculaires et auditifs ; il prétend qu'il ne sent pas le sol en marchant et qu'il frappe la terre du talon. Si on cherche à vérifier ces assertions, il est facile de voir qu'elles sont erronées : la démarche, un peu trainante, est normale ; les réflexes sont conservés ; il n'y a pas d'anesthésie.

Actuellement, le malade se plaint de troubles gastriques, de nausées, de vomissements. Il y a quelques jours, il est devenu jaune : les conjonctives, la peau, sont nettement ictériques ; les urines renferment du pigment biliaire. Il se plaint aussi de douleurs dans l'hypochondre droit et à l'épigastre ; ces douleurs reviennent par accès et acquièrent parfois une grande intensité. Il n'y a pas de phénomènes généraux. Diagnostic : colique hépatique.

10 février. L'ictère augmente, les douleurs sont plus vives et nécessitent des piqûres de morphine. Un peu de fièvre.

13 février. Les urines, toujours ictériques, diminuent. L'ictère devient de plus en plus foncé, les selles sont très rares. T.A. 38°,3. Le pouls n'est pas accéléré. Vomissements noirâtres, hématiques. L'examen de tous les organes ne fait découvrir aucune complication ; appareil respiratoire sain ; au cœur, léger souffle à la pointe et au premier temps ; la rate ne paraît pas augmentée de volume.

14 février. Les symptômes graves continuent ; le malade tombe dans l'abattement et le coma. Mort le 15 février, à 4 heures du soir.

AUTOPSIE, 40 heures après la mort.—*Foie* gros, uni aux organes voisins par quelques adhérences. Surface lisse d'un vert olive foncé. Il est mou et dans le lobe gauche on trouve un abcès biliaire de la grosseur d'un œuf de poule. Vésicule biliaire et canal cystique distendus ; la vésicule dépasse le volume du poing. Elle contient de la bile altérée, grisâtre, mais pas de calculs. On n'en rencontre pas non plus dans le reste des canaux biliaires ni dans l'intestin. A la coupe, le foie est mou, infiltré de bile ; les vaisseaux sont presque exsangues.

Tube digestif ne présente pas de lésions. Le gros intestin est rempli de matières fécales durcies. Vers le milieu de l'intestin grêle, on trouve un diverticule d'environ 6 centimètres de long. *Reins* gros, allongés, diffusés ; à la coupe, congestion intense. Au sommet du rein gauche, cicatrice étoilée, vestige probable d'un ancien kyste. *Poumons* congestionnés, un peu emphysémateux. *Cerveau*, rien.

Les lésions les plus intéressantes portent sur le cœur et

la rate. Après avoir ouvert le péricarde, qui ne renferme pas de liquide, et après avoir retiré le cœur, on voit que celui-ci, mou et aplati, présente à sa partie inférieure une tumeur contrastant par sa dureté avec la flaccidité du muscle cardiaque. Cette tumeur est située dans la partie gauche de la pointe du cœur, dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche; elle ne se prolonge pas vers la cloison. En l'incisant, on voit qu'elle est formée par un kyste hydatique de la grosseur d'un œuf de poule, contenant un liquide un peu trouble. La poche est jaunâtre et s'énuclee spontanément après l'ouverture du kyste.

Dans la rate, on trouve des kystes analogues. Deux sont situés à la périphérie qu'ils soulèvent, et ont en moyenne le volume d'un œuf de pigeon. Un autre, beaucoup plus gros, atteignant le volume du poing, est situé à sa face interne et semble une seconde rate accolée à la première. Ce kyste contient une dizaine de vésicules secondaires grosses comme de petites noix, et beaucoup d'autres plus petites. L'examen microscopique a montré dans le liquide des kystes la présence de nombreux échinocoques et de crochets libres.

RÉFLEXIONS. Nous avons cru devoir rapporter cette observation, vu la rareté des kystes hydatiques du cœur et de la rate, à cause aussi de la coexistence de ces lésions dans ces deux organes, alors que le foie, le cerveau, les muscles sont indemnes. Chacun d'eux présente en outre quelques particularités; c'est ainsi que le kyste du cœur s'est développé à gauche, tandis qu'ordinairement il occupe la paroi du ventricule droit ou la cloison. De même, la rate renferme plusieurs kystes, alors que d'ordinaire la lésion est unique.

M. DUCASTEL fait remarquer que les kystes hydatiques se développent d'ordinaire dans les parois du ventricule droit, tandis que, dans le cas de M. Renaut, le kyste occupe la pointe du ventricule gauche.

30. Oblitération des artères coronaires. — Mort subite par arrêt du cœur; par M. BUTIX, interne des hôpitaux.

Le nommé Legrain, âgé de 75 ans, entré à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, service de M. QUINQUAUD. Cet homme, de haute stature, était habituellement très

bien portant. Cependant, il étouffait quelquefois, mais à de très rares intervalles seulement. Il y a une quinzaine de jours, à la suite d'un de ces étouffements, il s'était même fait appliquer des ventouses.

Depuis cette époque, il s'était bien porté, mangeait bien, allait et venait, ne se plaignait de rien. Samedi dernier, 11 février, il n'avait rien éprouvé dans toute la journée et il s'était couché sans malaise apparent. Sa femme n'a rien vu d'anormal dans son état, quand, vers quatre heures du matin, elle entendit un gémissement qui la réveilla; elle regarda son mari et le trouva mort.

AUTOPSIE.— Elle ne peut être pratiquée complètement, le cœur seul est enlevé le 13 février. On trouve dans le péricarde un léger épanchement de liquide citrin (une ou deux cuillerées). Surcharge grasseuse partielle sous-péricardique. Le cœur est gros; il pèse 495 gr. Les artères coronaires sont très athéromateuses et rétrécies. Au niveau le son orifice sus-sigmoïdien, l'artère coronaire antérieure offre une lumière très petite et si on essaye d'introduire dans cette artère une aiguille de calibre assez petit, on constate qu'elle est arrêtée à 0^m,035 environ de la valvule sigmoïde et que l'athérome a complètement oblitéré le vaisseau. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement aortique. Au niveau des insertions des cordages tendineux, on trouve en certains endroits des points jaunes de dégénérescence grasseuse des fibres cardiaques. A 0^m,04 environ au-dessous des valvules sigmoïdes, à la partie antérieure et à la face interne du ventricule gauche, on voit un placard jaunâtre de 0^m,04 de diamètre et de 0^m,004 d'épaisseur comprenant une partie de la paroi antérieure du cœur (infarctus cardiaque). A la face interne de ce placard, on trouve de la thrombose ancienne avec ramollissement central des caillots et dégénérescence granulo-grasseuse de la fibrine; à sa face externe, on aperçoit une zone rouge comprenant du tissu musculaire à fibres peu altérées. Pas de rupture du cœur.

L'examen histologique est pratiqué par M. Quinquaud. Les fibres musculaires mises pendant vingt-quatre heures dans l'alcool étendu sont dissociées avec les aiguilles. En examinant la zone jaunâtre indiquée ci-dessus, on trouve un certain degré de dégénérescence granulo-grasseuse. Cependant, les fibres musculaires ont conservé un certain degré de striation, de telle sorte que l'apparence blanc-jaunâtre est surtout due à l'anémie partielle, bien que la dégénérescence grasseuse y entre pour sa part. Les fi-

brés musculaires sèches et dévies de leur axe n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse: on ne voit à leur niveau que quelques granulations pigmentaires peu nombreuses.

EXPLICATION.— Nous avons ici affaire à un cas de mort subite survenue très probablement, d'après M. Quinquaud, dans le cours d'une déviation transverse. Mais que nous en ayons de très nombreux exemples à l'insu des Ménages. Malheureusement le cœur seul a pu être autopsié et les lésions réelles y ont été négligées.

Mais c'est surtout l'observation de l'autre nécropsique qui attire pour sa rareté considérable dans le développement de la mort subite: en effet l'infarctus cardiaque que nous constatons, la dégénérescence graisseuse et l'anémie partielle du muscle ne laissent guère de doute à ce sujet.

Il n'est pas très fréquent de voir la mort subite produite de cette façon: j'ai trouvé cependant dans les Bulletins de la Société anatomique des observations du même genre, seulement comme dans celles de Doherty en 1876, de Ménard en 1878, de Barthe en 1879. Il y a eu rupture du cœur, je sais qu'il en existe encore d'autres et même une à peu près analogue, mais en somme elles sont assez rares et il m'a paru intéressant de faire cette communication.

34. M. NITTON présente les organes postérieurs d'une femme morte d'un pneumothorax tuberculeux. Il existe une tuberculose des bronches et des ovaires, avec cavernes cystiques de ces organes, et une peut-être perforation tubercu- leuse ayant déterminé un abcès ouvert dans le rectum.

Séance du 24 février 1882.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

32. ÉLECTIONS. — M. LAVIN est nommé membre correspondant de la Société.

33. Phlébite des sinus utérins. — Infection purulente. — Abscess métastatique du cœur; par M. RICHARDIÈRE, interne des hôpitaux.

La nommée L..., âgée de 17 ans, profession de papetière, est entrée le 13 février 1882 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 16, service de M. le Dr EMPIS.

Quand cette malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, il y avait 15 jours qu'elle était accouchée. Son accouchement avait été normal, et n'avait nécessité aucune manœuvre opératoire. Les suites des couches avaient été régulières jusqu'au 11 février; la malade, qui était accouchée chez une sage-femme de la ville, était entrée chez elle se croyant tout à fait bien portante, quand elle fut soudainement prise de douleurs abdominales et de fièvre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, son faciès est profondément altéré; elle est en proie à une grande prostration. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Les lochies sont très fétides. Fièvre; T. 40°. Pouls rapide, presque incomptable.

Le 19 février, la malade mourait brusquement dans une syncope, ayant présenté durant sa maladie des symptômes en rapport avec une péritonite puerpérale. Nous signalons un symptôme cardiaque qui nous a paru être en rapport avec les lésions des piliers observées après la mort: c'est l'existence d'un souffle à la base et au premier temps, souffle très intense, se prolongeant dans l'aorte et les vaisseaux du cou.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale.* Les intestins sont ballonnés, météorisés, ils présentent des arborisations congestives. Un peu de liquide purulent dans le péritoine et quelques flocons pseudo-membraneux.

L'utérus est encore très gros. Il a 10 cent. de longueur dans sa cavité, qui est transformée en une vaste surface

purulente. Les sinus utérins sont remplis de pus légèrement teinté de sang. Le plexus utéro-ovarien est également purulent. L'ovaire gauche renferme un abcès. Les veines de la trompe sont purulentes.

Foie gros, un peu gras, sans abcès métastatique. *Reins* volumineux, renfermant 2 ou 3 infarctus. *Rate* énorme, farcie d'infarctus, les uns rougeâtres très récents, les autres transformés en bouillie blanchâtre.

Thorax. 1 litre de liquide dans la plèvre droite. Les poumons présentent de nombreux infarctus, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Les infarctus sont limités aux lobes inférieurs.

Cœur gros, un peu flasque. Quelques caillots dans le ventricule gauche. Les valvules sont saines. Les colonnes charnues présentent dans leur épaisseur chacune un abcès siégeant dans l'épaisseur même du pilier et complètement entouré par le tissu musculaire.

Cerveau. Un abcès métastatique dans le corps optique, du côté droit.

34. Monstre double monomphalien sternopage ; par M. BOULANT, interne des hôpitaux.

Le 6 février 1882, la nommée F..., âgée de 20 ans, est entrée dans le service de M. le D^r MARCHAND, au pavillon d'accouchement de Cochin.

Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier. On ne peut obtenir aucun renseignement sur le père de l'enfant. F... est primipare. Sa grossesse date de 8 mois et demi et a été troublée, pendant les deux derniers mois, par l'apparition de vomissements fréquents.

Le travail a commencé le 6 février, à 8 heures du matin. L'accouchement, très laborieux, s'est terminé à 4 h. 30 du soir par l'expulsion d'un monstre double monomphalien sternopage. Les deux enfants se sont présentés par le siège, mode des pieds, et sont morts pendant l'accouchement.

Le placenta, de forme elliptique, était unique. Il pesait 480 grammes et mesurait 20 centimètres dans son plus grand diamètre et 16 dans le plus petit. Sa circonférence était de 56 centimètres. Un cotylédon se trouvait isolé sur les membranes, qui n'offraient point du reste d'autre anomalie. Le cordon unique et long de 38 centimètres s'insérait très près du bord du délivre et faisait un tour circulaire autour du bras d'un des fœtus.

Le monstre double, que nous allons décrire, rentre dans la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, parmi les mo-



nomphaliens sternopages. Son poids est de 3700 grammes et sa hauteur de 45 centimètres. Les deux enfants sont du sexe masculin.

Pour faciliter la description, nous désignerons l'un des fœtus par la lettre A; c'est celui dont les extrémités inférieures se sont dégagées en premier lieu; l'autre sera indiqué par la lettre B.—Le $\frac{1}{3}$ supérieur du thorax, le cou et les membres supérieurs de chaque enfant sont indépendants et normalement conformés. La tête du fœtus A est très aplatie sur sa face latérale gauche, qui était en contact avec la tête du fœtus B. Celle-ci ne présente point d'anomalie.

Les diamètres céphaliques sont les suivants :

	FŒTUS A.	FŒTUS B.
Sus-occipito-mentonnier. . .	12 cent	12
Occipito-frontal	10 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$
Sous-occipito-bregmatique. .	8	9 $\frac{1}{2}$
Trachélo-bregmatique . . .	7 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$
Bi-pariétal.	7	8 $\frac{1}{2}$
Mento-frontal	5	5

Les cavités de la face et les organes des sens sont normaux. Il en est de même des deux encéphales.

Les $\frac{2}{3}$ inférieurs du thorax et la partie sus-ombilicale de l'abdomen se fusionnent d'un fœtus à l'autre, au moyen d'une bride qui a 11 centimètres de hauteur et 4 d'épaisseur. On voit deux mamelons de chaque côté de la bride. L'ombilic est unique et se trouve situé sur le milieu du bord inférieur de la bride, en empiétant toutefois un peu sur l'une de ses faces. A partir de la région ombilicale, les deux fœtus se séparent de nouveau et présentent une conformation normale dans tout le segment inférieur du corps.

Une incision faite sur la ligne médiane de la bride permet de constater que les muscles thoracique et abdominaux offrent leur disposition habituelle. Le grand pectoral gauche du fœtus A est cependant notablement atrophié. De chaque côté de la portion abdominale de la bride, on voit une ligne blanche sur laquelle viennent s'insérer les muscles de la région.

Les sternums sont disposés de la façon suivante : ils se relèvent en avant et vont l'un au-devant de l'autre. Au niveau de leur $\frac{1}{3}$ inférieur, ils se divisent et présentent ainsi la forme d'un Y. Chaque branche de bifurcation de l'un va se souder à la branche correspondante de l'autre. Il en résulte deux appendices formés chacun aux dépens des deux sternums et s'abaissant sur chaque face latérale de la bride.

Les clavicules, les côtes et leurs cartilages ne présentent point d'anomalie. Seulement, par suite de la position presque horizontale du corps des sternums, on voit les premiers arcs costaux se redresser fortement en haut, à leur extrémité antérieure.

La partie abdominale de la bride étant ouverte, on constate la communication des cavités péritonéales des deux enfants. De l'ombilic, partent 2 veines, 4 artères ombilicales et 2 ouraques. Ces 8 organes se partagent également entre chaque fœtus. D'autre part, les vaisseaux ombilicaux cheminent dans le cordon jusqu'au placenta, sans s'anastomoser.

Les deux foies sont fusionnés par leur bord antérieur et sont à ce niveau contenus dans la bride unissante. Leur conformation est normale dans tout le reste de leur étendue. Ils ont chacun leurs lobes, leur bile et leur vésicule biliaire. Les deux diaphragmes sont également soudés par leur bord antérieur et n'offrent, à part cela, aucune anomalie.

Tous les autres viscères de l'abdomen sont indépendants. Le péritoine forme au niveau de l'ombilic 8 replis qui recouvrent les organes qui en partent. Le ligament suspenseur du foie est unique : il s'insère, d'une part, sur la ligne de fusion des deux glandes hépatiques et de l'autre sur l'intersection des deux diaphragmes.

Les viscères abdominaux ne présentent point d'inversion chez l'un des deux fœtus, comme cela a été observé sur les sternopages décrits par Geoffroy-Saint-Hilaire. Le lobe droit d'un des foies est soude au lobe gauche de l'autre, et vice versa. Seulement les deux organes sont beaucoup plus sur la ligne médiane.

Les orifices des diaphragmes ne sont pas non plus inversés. La moitié gauche de l'un de ces muscles se confond avec la moitié droite de l'autre. Enfin, tous les autres viscères : estomacs, intestins, rates, etc., occupent leur position normale.

Dans la portion thoracique de la bride, on trouve un seul péricarde et deux cœurs fusionnés. Tous les autres organes du thorax sont indépendants et présentent chez chaque fœtus leur forme et leur disposition habituelle. Les poumons ne sont point inversés.

Le cœur du fœtus B est normalement conformé, seulement, sa base regarde directement du côté du rachis, tandis que sa pointe est tournée vers le centre de la bride. Son bord droit repose sur le diaphragme, son bord gauche est dirigé en haut et en avant.

Le cœur du fœtus A présente l'aspect d'un rein, à concavité tournée en haut. Ses deux faces sont en rapport avec celle de la bride. Les ventricules se voient sur la face qui correspond au côté gauche du fœtus auquel ce cœur appartient; les oreillettes sont de l'autre côté. Les cavités droites de ce cœur répondent au centre de la bride, les cavités gauches regardent au contraire du côté de la colonne vertébrale.

C'est l'extrémité qui contient les cavités droites qui s'accrole sur le bord gauche du cœur du fœtus B et le recouvre en même temps un peu, en formant une sorte d'imbrication. De plus, la pointe du ventricule gauche du fœtus B se prolonge jusqu'au ventricule gauche du fœtus A.

Les ventricules de chaque cœur ne communiquent point entre eux, mais on trouve un orifice de communication entre le ventricule gauche du fœtus A et celui du fœtus B. Le trou de Botal est perméable chez chaque enfant. Les deux organes cardiaques présentent des fibres musculaires communes dans leur partie ventriculaire. Les vaisseaux qui partent des cœurs ou qui y aboutissent sont indépendants. Aussitôt après leur origine, on les voit se rendre de l'intérieur de la bride dans chaque cavité thoracique, pour y suivre ensuite leur trajet normal.

35. Fracture bi-malléolaire. — Thrombose veineuse. —
Mort subite le 32^e jour de l'accident; par MM. HENRIET, chef
de clinique et OZENNE, interne des hôpitaux.

Le 10 janvier, le nommé Th... Palipeau, âgé de 50 ans, prend un lit dans le service de M. le Dr Gosselin, alors suppléé par M. BERGER.

L'avant-veille, le blessé a été violemment atteint par le timon d'une voiture, qui l'a fait tourner sur lui-même et renversé en le projetant à quelque distance. Malgré une vive douleur au niveau du cou-de-pied du côté gauche, il a pu se relever, faire quelques pas; mais bientôt il a été forcé de se faire ramener chez lui, où il est resté deux jours dans une immobilité à peu près complète.

Le 10 janvier, l'état du blessé est le suivant : La région tibio-tarsienne gauche offre un volume un peu plus considérable que du côté opposé, principalement au niveau de la malléole interne. Les téguments sont rouges, chauds, modérément infiltrés et le siège d'une légère ecchymose dans la région externe seulement, au-dessus de la malléole péronéale. Le pied est porté en dedans et en arrière, déviation d'ailleurs peu accentuée, que l'on corrige facilement;

au niveau de la partie moyenne de la malléole interne, la pression provoque un point très douloureux; la crépitation est manifeste, et en saisissant le fragment inférieur on lui imprime quelques mouvements isolés; en un mot, la fracture n'est pas douteuse. En dehors, un point douloureux fixe à la base de la malléole externe et l'ecchymose sont les deux seuls signes qui peuvent faire soupçonner que le péroné est brisé; il n'y a ni dépression, ni crépitation, ni mobilité, quel que soit le mode d'exploration employé. Les mouvements communiqués de flexion et d'extension sont peu douloureux; ceux d'abduction et d'adduction arrachent au contraire de vives plaintes; quant au mouvement de translation latéral de l'astragale, il est impossible de l'obtenir. — En présence de ces signes, M. Berger porte le diagnostic de fracture des 2 malléoles.

Tous les viscères sont sains; aucune maladie antérieure n'a été contractée; la syphilis est niée et n'est d'ailleurs révélée par aucune trace; quant à l'alcoolisme, rien n'autorise à l'affirmer. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni inosite; et plusieurs examens ultérieurs sont tout aussi négatifs. *Traitement.* Pendant 2 jours, le membre recouvert de compresses résolutives est placé dans une gouttière ouatée et ensuite dans une gouttière plâtrée.

Jusqu'au 3 février, aucune complication ne survient; mais, à partir de ce jour, apparaissent un malaise général, un peu de fièvre le soir, la perte complète de l'appétit, quelques vagues douleurs dans le membre fracturé, puis du gonflement de la cuisse sans changement d'aspect des téguments, tous les signes en un mot de la thrombose; et, dans la soirée du 8 février, le malade meurt en quelques instants, en poussant un cri étouffé.

AUTOPSIE. — La plupart des viscères sont le siège d'une congestion intense. Les reins et le foie sont volumineux et présentent une coloration foncée. Pas d'épanchement dans la plèvre; pas d'adhérences. Les poumons sont fortement congestionnés, sans autre altération; l'artère pulmonaire et ses branches sont libres, et toute recherche pour découvrir l'embolus reste infructueuse. Le péricarde est sain, de même que le cœur, qui renferme quelques caillots mous et noirâtres. Le cerveau et le bulbe sont intacts, ainsi que les artères de la base.

La dissection du membre inférieur gauche montre les troncs veineux profonds sous forme de cordons durs et complètement remplis de caillots adhérents, dont la coloration varie entre le noir et gris-noirâtre. Ces caillots rem-

plissent quelques-unes des petites veines qui entourent l'articulation fibio-tarsienne, ainsi que les veines tibiales, poplitée et fémorale, et on peut les suivre jusque dans la veine iliaque externe, où ils disparaissent.

Au niveau de l'articulation, les téguments offrent encore quelques points d'infiltration sanguine; mais c'est surtout dans la gaine des péroniers où elle est restée abondante et remontant jusqu'à une certaine hauteur. L'article ne renferme qu'une très petite quantité de liquide sanguinolent. En examinant les malléoles, on constate qu'elles sont toutes les deux fracturées, la malléole externe au niveau de sa base, à 3 centimètres du sommet; la malléole interne au niveau du point où elle débordé la surface articulaire de l'os.

Malléole externe. Le trait de fracture est transversal sur la face externe, mais oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur la face interne; en outre, elle est taillée en biseau, le fragment inférieur se prolongeant en haut par sa face interne et le fragment supérieur en bas par sa face externe, de telle sorte qu'il y a emboîtement, les fragments ne s'étant pas complètement abandonnés, à cause de la déchirure incomplète du feuillet aponévrotique qui recouvre toute la surface de la malléole externe. Les ligaments tibio-péronéaux sont intacts et ne paraissent pas avoir été distendus, c'est immédiatement au-dessous d'eux que l'os s'est brisé; il en est de même des ligaments péronéo-astragalien postérieur et péronéo-calcaneen; quant au ligament péronéo-astragalien antérieur, il s'est détaché du bord antérieur de la malléole, en emportant avec lui une petite lamelle osseuse; c'est le seul qui ait cédé. Entre les fragments, on voit un peu d'épanchement liquide rougeâtre; il n'y a aucun autre signe de réparation, cependant, il y a commencement de cal.

Malléole interne. Le trait de fracture sépare du corps de l'os toute la portion qui dépassa la surface articulaire et présente un aspect très irrégulier, anfractueux, dû à la pression qui a agi en écrasant. Les fragments ne sont pas en contact, et, comme pour le péroné, le cal fait pour ainsi dire défaut. Le fragment inférieur, qui est resté attaché à l'astragale et au calcaneum par les ligaments, qui ne sont pas rompus, a éclaté et est brisé en deux morceaux, offrant des dentelures irrégulières. Quant au fragment supérieur, il présente des saillies et des dépressions en rapport avec celles de l'autre fragment, il est élargi dans son diamètre transversal; en effet, la partie interne de l'os, qui répond à la base de la malléole, a été refoulée en dedans et en haut par la pression de l'astragale; aussi, voit-on au niveau de la partie

moyenne de la surface articulaire une solution de continuité oblique en bas et en dedans, peu profonde et formant la limite externe d'une surface déprimée, sur laquelle l'astragale est venue fortement appuyer et presser en écrasant et condensant le tissu spongieux. D'après le siège de ces deux fractures, on peut remarquer que la mortaise péronéo-tibiale n'existe plus; et si l'on suppose un trait de scie transversal rasant la surface articulaire du tibia et retranchant les extrémités des malléoles, on représente assez bien, sauf l'irrégularité, les lésions que nous venons de décrire.

RÉFLEXIONS. — En résumé, dans cette observation, trois points méritent quelque attention : La variété de fracture, le retard de la consolidation, et la thrombose veineuse inexpliquée. D'après la description des lésions, on voit que l'on a eu affaire à la véritable fracture bi-malléolaire, qui a dû se produire (nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet, car les souvenirs du blessé étaient incertains) de la façon suivante : Le pied a été porté violemment dans l'adduction, la malléole péronéale s'est brisée, et l'astragale, pressant en haut et en dedans, a fait éclater et a écrasé la malléole interne. Nous rappellerons encore, ce qui vient confirmer cette opinion, que les ligaments en général se déchirèrent fort rarement, que des trois ligaments externes, l'antérieur seul a été arraché au niveau de son insertion péronéale, emportant avec lui une parcelle osseuse.

Bien qu'il n'y ait eu aucune complication locale, la réparation des deux fractures était retardée; un mois s'était écoulé depuis l'accident, et cependant le cal était à peine en voie de formation. Doit-on invoquer quelque influence générale? Rien, dans l'examen du malade, ne provoque une affirmation.

Quant à la thrombose veineuse, qui probablement a été la cause de la mort en déterminant une syncope, car toute embolie est restée introuvable, elle est survenue le vingt-septième jour, c'est-à-dire à une époque où on l'observe assez fréquemment. Mais pourquoi s'est-elle développée? — Quelle a été sa cause intime? C'est à quoi il nous est encore impossible de répondre.

36. Tubercule de la protubérance ; par M. P. RENAULT,
interne des hôpitaux.

D... Marie, cocher, âgé de 47 ans, est entré le 15 février 1882 à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Bernard, n° 15, service de M. le D^r ROQUES.

Pas d'antécédents héréditaires. Nie la syphilis et l'alcoolisme. Malade depuis un an. A cette époque, eut une monoplégie brachiale droite, sans apoplexie. Le malade ne donne guère de détails sur cette paralysie ; la main aurait été beaucoup plus faible que le bras, dont les mouvements étaient conservés. Peut-être s'agissait-il là d'une paralysie d'origine périphérique ?

Vers le même temps, il se mit à tousser, et il eut des hémoptysies très abondantes. Affaiblissement, amaigrissement, perte d'appétit, dégoût de la viande ; quelquefois, diarrhée pendant plusieurs jours ; sueurs nocturnes.

Il y a trois semaines, la toux, qui avait diminué, le reprit ; fièvre, perte d'appétit, amaigrissement allèrent en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital. Pendant ce temps, la paralysie du bras s'amenda et les mouvements sont presque entièrement revenus. Trois jours avant son admission à l'hôpital, il fut pris subitement de troubles de la parole et de troubles oculaires. La langue ne semble pas paralysée, le malade peut la remuer dans tous les sens, les mouvements sont un peu lents. La pointe n'est pas déviée.

15 février. La parole est gênée : ce n'est pas l'embarras du ramollissement cérébral, ni de la paralysie générale ; il n'y a pas d'amnésie verbale, pas d'aphasie, mais le malade ne peut articuler les mots, sa voix est nasonnée, mal articulée et lui-même raconte qu'au commencement ses camarades le prenaient pour un homme ivre. Les labiales sont plus particulièrement mal prononcées. Il n'existe pas de paralysie du voile du palais ou du larynx, les aliments ne refluent ni dans les fosses nasales ni dans la trachée. La luette est peu sensible et on peut la titiller sans provoquer de réflexes. Les troubles oculaires ont apparu en même temps, ils n'existaient pas avant cette semaine. Le malade a de la diplopie, de l'amblyopie passagères, jamais de ptosis ni de déviation des yeux. Les pupilles sont normales. Pas de troubles auditifs.

Le malade dit ne pas avoir de troubles intellectuels, pas de perte de la mémoire. La motilité, la sensibilité sont intactes dans tout le reste du corps (sauf quelque gêne des

mouvements du bras droit. T. A. 38°. *Percussion*. Submatité au sommet droit. *Auscultation*. Râles sous-crépitaux aux deux sommets, surtout à droite. Quelques râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. *Cœur*. Rien. *Urines*. Pas d'albumine.

16 février. Diagnostic : Tuberculose pulmonaire. Bronchite tuberculeuse. Lésion bulbaire? *Traitement* : lait. Vin de quinquina ; iodure de potassium. 1 gramme.

17 février. Même état. La parole redevient un peu moins confuse, pas de troubles généraux.

18 février. Au matin, changement complet ; le malade est dans un abattement général. Fièvre légère, carphologie. Les troubles de la parole augmentent. Pas de nouveaux troubles du côté des organes des sens ou des membres. Iodure de potassium, 4 grammes. Vésicatoire à la nuque.—*Soir*. T. A. 39°. Le malade est dans le demi-coma, il ne parle pas et ne veut rien avaler. Pas de troubles moteurs ; pas de contractures ; anesthésie générale presque complète.

19 février. Même état. Un peu de délire, tantôt calme, tantôt bruyant. Lavement de sulfate de soude et de follicules de séné. T. A. 38°.

20 février. Un peu de mieux. Le malade dit quelques mots ; il se plaint de sa tête. Il n'y a pas de déviation des yeux ; mais, à droite, la conjonctive est injectée et la pupille est plus petite qu'à gauche. T. A. 37°,3.

21 février. Même état. T. A. 38°,5. — *Soir*. Aggravation de l'état général. Plaintes incohérentes, hallucinations ; le malade essaie de prendre des objets fictifs, des mouches volantes. Carphologie. A l'anesthésie, a succédé une hyperesthésie cutanée assez vive ; raie méningitique, augmentation des réflexes (tendon rotulien, corde du biceps). Inégalité pupillaire, la pupille droite est maintenant plus grande que la gauche. Le malade se retourne dans son lit et n'a pas d'attitude fixe ; la miction, la défécation sont involontaires, mais on n'observe pas de rétention.—Mort dans le même état, à 11 heures du soir.

AUTOPSIE, le 23 février, à 9 heures.—*Poumons*. Infiltration tuberculeuse des deux poumons, surtout à droite. *Cœur*, rien. *Foie*, reins, gras.

Cerveau. Injection des méninges ; suffusions séreuses dans les gaines des vaisseaux ; épaissement de la pie-mère ; pas de pus, pas de tubercules. Les méninges enlevées, le cerveau apparaît sain, sans encéphalite superficielle ; pas

d'hydrocéphalie ventriculaire ; pas de lésion centrale ; moelle présente le même aspect. Congestion intense des vaisseaux médullaires, suffusions séreuses périvasculaires, pas de tubercules.

Protubérance. Dans l'épaisseur de la protubérance, on trouve une tumeur grisâtre, du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur est située à la partie supérieure de la protubérance, dans sa moitié droite ; en dedans, elle arrive jusqu'à la ligne médiane, en avant elle soulève la partie antérieure du pont de Varole ; elle est distante de sa face antérieure et externe de un demi centimètre.

En arrière, elle répond aux fibres verticales de la protubérance ; elle ne fait aucune saillie du côté du quatrième ventricule, dont elle est distante de plus d'un centimètre. Elle a une consistance un peu supérieure à celle du tissu nerveux environnant, auquel elle est peu adhérente.

RÉFLEXIONS. — Les tubercules de la protubérance ne sont pas relativement très rares, mais le plus souvent ils donnent naissance à un certain nombre de symptômes qui ont fait défaut dans le cas actuel. C'est ainsi qu'il existe toujours de l'hémiplégie alterne, de la déviation conjugagée des yeux, certaines attitudes bizarres décrites par M. Dreyfous, etc.

Ici, tous ces troubles ont manqué, et, réserves faites pour la monoplégie brachiale dont il paraît impossible de déterminer la cause, les seuls symptômes ont consisté en troubles de la vue et de la parole.

37. M. LANDOUZY montre l'*extrémité inférieure du fémur* d'une femme morte avec tous les symptômes du *tabes ataxique*. Une partie des condyles est dénudée de cartilages. Mais, sur les limites de cette partie dénudée, existe un bourrelet saillant et végétant.

M. CHARCOT, en raison de l'existence de ces végétations et de ce bourrelet osseux, considère la pièce comme un exemple d'arthrite sèche et non comme une arthropathie tabétique.

M. BALLET rappelle qu'un des internes de M. Bourneville a présenté récemment à la Société des pièces semblables d'arthrite sèche développée chez des ataxiques.

38. M. TUFFIER présente un cas d'adénie avec *transformation caséuse des ganglions*, sans tubercules dans viscères.

Le Secrétaire,

Ch. TALAMON.



MARS.

Séance du 3 mars 1882.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

- 1. Plaies contuses du mésentère et de l'intestin, sans lésion des parois abdominales;** par M. Frédéric GENDRON, interne des hôpitaux.

X... entre le lundi matin, 27 février 1882, à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr LÉON LABBÉ, au n° 36 du deuxième pavillon.

C'est un homme de 25 ans, d'apparence vigoureuse, faisant le métier de palefrenier; il n'était porteur d'aucune hernie. La veille, à 6 heures du soir, il a reçu dans le ventre deux coups de pied de cheval, il tomba à terre et attribue à cette chute la douleur qu'il ressent actuellement dans l'épaule droite. Une demi-heure après l'accident, survinrent des vomissements d'abord alimentaires, puis bileux, peu abondants à la fois, mais répétés pendant toute la nuit.

Ce matin, nous le voyons quelques instants après son entrée, le faciès est déjà bien altéré; les yeux sont excavés, les pommettes froides et d'un rouge violacé; la peau des membres présente un refroidissement bien sensible à la main; la respiration est pénible, irrégulière, brève et fréquente, il y a 52 mouvements à la minute. Il ne vomit pas, mais accuse un état nauséux persistant. Les selles sont défécatoires; depuis l'accident, il y a eu trois mictions avec une urine normale. Le pouls radial est insaisissable; la température axillaire n'atteint que 37°,1.

Le ventre est ballonné, douloureux spontanément, surtout au niveau de l'hypogastre. La peau de l'abdomen ne présente aucune lésion apparente, ni plaie, ni ecchymose. Les pressions les plus légères sur le ventre avivent la douleur. A la palpation, on est frappé de la grande différence qu'on constate avec la main entre les températures du

tégument, au niveau du ventre où il y a élévation thermique, et au niveau de la racine des cuisses où il y a abaissement ; cette différence est moins marquée entre la paroi abdominale et la paroi thoracique, la thermométrie locale donne 35°,8 sur l'hypogastre et 35°,5 dans le 3^e espace intercostal gauche. Le traitement consiste en préparations opiacées à l'intérieur, application sur tout l'abdomen d'une couche de collodion élastique, injections sous-cutanées d'éther.

Le soir, le malade continue à garder toute sa connaissance, mais tourmenté par la douleur il s'agite et se déplace dans son lit ; le ventre est un peu plus ballonné, les vomissements ont repris ; la température axillaire est à 36°,9. Il meurt à 11 heures du soir, 29 heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Elle n'est faite que 60 heures après la mort, à cause des formalités judiciaires. J'examine avec soin la peau et la couche sous-cutanée de la paroi abdominale, et n'y trouve aucune lésion ; pas d'infiltration sanguine ; j'ouvre les gaines des muscles droits qui ne présentent non plus aucune trace de lésion, les couches musculaires latérales sont également saines.

Lorsque le couteau pénètre dans la cavité péritonéale, il en sort une grande quantité de gaz, et, dès que l'ouverture est élargie, du sang commence à s'en écouler en grande abondance. Depuis la mort, il s'est échappé par la bouche beaucoup de liquide sanguinolent. La cavité péritonéale contient un épanchement sanguin considérable qui peut être évalué à 2 litres environ ; on trouve en outre sur le grand épiploon, au milieu des anses intestinales et dans l'excavation pelvienne, une quantité de caillots cruoriques. L'épiploon et les replis intestinaux sont déjà agglutinés par des exsudats ; il y en a également sur le péritoine pariétal et jusque sur son feuillet diaphragmatique. En résumé, on observe tous les caractères anatomiques d'une péritonite généralisée à son début, et les produits inflammatoires sont ajoutés à un épanchement hémorragique énorme. On ne trouve aucune adhérence de péritonite ancienne.

En examinant l'intestin grêle en place et déplié à partir de son embouchure iléo-cœcale, on voit que toute sa surface est rouge et injectée, couverte de quelques pseudo-membranes, surtout dans sa dernière portion. Vers la portion moyenne de l'iléon, on trouve une perforation intestinale ; à ce niveau, il s'est fait un peu d'épanchement de matières, mais qui est resté limité au-dessus de la lame mésentérique. En soulevant cette lame, on y découvre trois larges déchirures.

Pour étudier plus complètement ces lésions, le mésentère est détaché au niveau de son insertion pariétale et enlevé avec toute la partie attenante de l'intestin grêle. En l'étalant sur la table, on voit que les trois déchirures présentent une forme ovale, à grand diamètre perpendiculaire au bord mésentérique de l'intestin. L'une des déchirures est assez rapprochée de l'attache iléo-cœcale; le segment intestinal compris entre elle et le cœcum a 15 ou 20 cent. de longueur; elle offre les dimensions d'une pièce de 5 francs; ses bords sont nettement coupés; son extrémité dirigée vers le bord fixe du mésentère est traversée, à la manière d'une corde d'arc, par un cordon vasculaire dans lequel on trouve l'orifice béant d'une artériole assez volumineuse. La deuxième déchirure est séparée de la précédente par un pont de mésentère, large de 6 cent., elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc et des bords également sectionnés à pic. Le troisième est à 7 cent. plus loin, ses bords sont un peu hachés. Sur les lames intermédiaires, on trouve plusieurs points violemment contus, mais non perforés. L'intestin est un peu contus par places, sur plusieurs points le péritoine viscéral est déchiré et la tunique musculaire est à nu. A environ 2 mètres au-dessus du cœcum, se trouve la perforation intestinale, de la largeur de 1 franc.

Le tube intestinal ne contenait de matières solides que dans la portion terminale du gros intestin. Ce dernier n'est pas blessé; l'estomac, le foie, la vessie et les autres viscères sont intacts. Enfin, j'examine avec soin le long de la colonne vertébrale les gros vaisseaux qui y sont appliqués, l'aorte ni la veine cave ne présentaient de lésion.

Pour les organes thoraciques, rien de particulier : cœur normal; poumon droit très sain; plèvre gauche un peu adhérente à la paroi et poumon congestionné, mais crépitant, en arrière et à la base (le malade se couchait toujours dans le décubitus latéral gauche).

RÉFLEXIONS. — Cette observation n'est assurément pas une nouveauté, et les points qui méritent d'y être relevés : 1° plaies du mésentère et de l'intestin par traumatisme abdominal, sans lésions des parois; 2° hémorrhagie intrapéritonéale par ouverture d'une branche de l'artère mésentérique; sont des faits connus et qu'on trouve relatés dans plusieurs des observations que renferment les *Bulletins de la Société anatomique*. Mais, on a beaucoup discuté sur le mécanisme de ces lésions viscérales, et nous croyons avoir

à présenter quelques réflexions à ce sujet qui pourront contribuer à fixer l'opinion.

A cause, sans doute, de l'intégrité ordinaire des parois abdominales, on a voulu expliquer la rupture de l'intestin par la distension de cet organe, soit par les gaz, soit par les matières, au moment où une pression violente vient brusquement s'exercer sur les parois de l'abdomen. Longuet (*Mémoire présenté à la Société anatomique*, 1875) a démontré que ces conditions étaient loin de jouer le rôle qu'on leur attribuait; il a constaté qu'une anse intestinale distendue par les gaz résistait beaucoup plus à une action traumatique qu'une anse d'intestin vide. Sa conclusion est que la rupture de l'intestin se fait lorsque l'organe, vide ou contenant des matières solides, est soumis à une certaine pression entre deux plans résistants, qui sont l'agent contondant et ordinairement la colonne vertébrale. La paroi abdominale est également saisie entre ces deux forces, mais étant plus élastique et plus résistante, elle cède plus difficilement, comme le montrent à la fois les observations cliniques et les expériences de Longuet.

Après avoir analysé les différentes communications contenues dans les *Bulletins*, il nous a semblé que certaines considérations anatomo-pathologiques venaient tout à fait à l'appui de la théorie de Longuet. Laissant de côté tous les cas de ruptures traumatiques produites chez les hernieux, parce qu'il y a là des conditions spéciales qui peuvent favoriser la déchirure et en modifier le mécanisme, nous avons noté que, dans la plupart des observations, la rupture de l'intestin était accompagnée de plaies ou de contusions plus ou moins profondes du mésentère, alors même que la paroi abdominale était intacte, ces plaies ayant généralement des bords nettement coupés; il en était de même dans plusieurs des expériences faites par Longuet sur le cadavre. Or, cette dernière lésion ne saurait guère s'expliquer sans la rencontre de deux plans résistants entre lesquels la membrane se trouve violemment saisie. D'autre part, c'est surtout contre la colonne vertébrale que le mésentère peut être comprimé; il en était certainement ainsi dans un cas (Arnoult. *Bull. soc. anat.* 1845), où les parois de la veine cave furent trouvées très contuses. D'après cela, il nous semble qu'on peut s'appuyer sur l'étude des faits cli-

niques pour considérer les ruptures de l'intestin produites par les traumatismes de l'abdomen comme de *véritables plaies contuses* ; le plan résistant est formé par la colonne vertébrale ; souvent le mésentère est sectionné en même temps que l'intestin et l'hémorrhagie qui suit cette coupure peut, par son abondance, être le principal élément de la gravité immédiate du traumatisme.

2. Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du mal perforant ; par M. SUGHARD, interne des hôpitaux.

Depuis les recherches de M. Ranvier, on sait que la kératinisation de l'ongle coïncide toujours avec la présence dans les cellules de la couche granuleuse de la matrice et du lit de l'angle d'une substance spéciale, substance onychogène. Cette substance se colore en brun par le picro-carminate d'ammoniaque après l'action de l'alcool.

Cette kératinisation est différente de la kératinisation épidermique. Ce dernier phénomène, comme l'a de même montré M. Ranvier (*Acad. sciences*, 30 juin 1879), ne peut se produire que lorsque les cellules de la couche granuleuse de la peau renferment de l'éléidine (substance kératogène de l'épiderme se colorant en rouge par le picro-carminate d'ammoniaque après l'action de l'alcool).

Toutes les fois qu'il y a inflammation néoformatrice de l'épiderme, il y a dans la couche granuleuse surabondance d'éléidine. C'est ce qui se passe, comme l'a constaté M. Ranvier, dans les papillomes cornés, dans le bourrelet qui entoure la fissure du mal perforant, dans le bourrelet de la pustule de variole.

Il s'agissait donc de savoir si, toutes les fois qu'il y avait inflammation de l'ongle, il y avait aussi surabondance de substance onychogène. J'ai cherché à vérifier le fait dans l'onyxis développé au voisinage du mal plantaire perforant. J'ai trouvé que, au lieu de substance onychogène, le stratum granulosum de la matrice et du lit de l'ongle renfermait de l'éléidine en grande abondance. Il se forme donc là, *au lieu d'ongle, de l'épiderme corné*, et le processus de la kératinisation unguéale est remplacé par un autre plus simple, celui de la kératinisation épidermique. Les cellules enflammées du corps muqueux retournent à un type moins avancé, suivant une loi bien connue en pathologie générale. Ce fait explique aussi comment l'ongle ainsi formé était mou et desquamait facilement ; c'est un ongle épidermique au lieu d'être un ongle proprement dit.

3. Ossification ou calcification du péricarde; par M. Gustave RIVET, interne des hôpitaux.

La nommée Parisot, veuve Ethardis, âgée de 78 ans, entrée il y a quelques années pour démence sénile à la Salpêtrière dans le service de M. Auguste VOISIN, n'a rien présenté qui ait attiré l'attention jusqu'au 16 février 1882. Elle aurait eu cependant, depuis quelque temps, de l'œdème des membres inférieurs.

Le 16 février, l'attention est attirée par un œdème assez accusé des paupières. En examinant la malade, on remarque qu'elle est atteinte d'un œdème généralisé assez léger aux membres supérieurs, plus accusé aux membres inférieurs. En présence de cette anasarque, on pense à une affection soit du cœur, soit des reins.

L'auscultation du cœur ne fait découvrir aucun bruit anormal. Les battements sont sourds, mal frappés. A la palpation, le choc précordial est à peine perceptible. Le pouls est faible, régulier. En l'absence de symptômes démonstratifs du côté du cœur, l'hypothèse d'une affection rénale est admise et la malade est mise au régime lacté.

18 février. A la visite du matin, l'œdème n'a pas diminué du côté des membres inférieurs. Il persiste et est même plus accusé au niveau des membres supérieurs et de la face. La malade est très dyspnéique, et l'auscultation du poumon découvre en bas et en arrière de nombreux râles sous-crépitaux attestant un œdème pulmonaire très accusé. Prescription : Régime lacté; 20 ventouses sèches, 10 de chaque côté.

19 février. A 3 heures du matin, la malade meurt.

AUTOPSIE. — *Poumons.* Congestion. Œdème surtout accusé vers les parties déclives. *Cerveau.* Congestion. De la sérosité s'écoule en abondance à l'ouverture de la boîte crânienne. *Foie* rouge, congestionné, légèrement induré. A la coupe, aspect granité, marbré. *Reins* volumineux, flasques, également congestionnés. La substance corticale présente une teinte plus foncée qu'à l'état normal.

Cœur. A l'ouverture de la poitrine, le cœur apparaît à sa place habituelle. Il est facile de le séparer du sternum et des poumons, mais il adhère au diaphragme et on éprouve une certaine peine à l'en détacher. Son volume est assez notablement augmenté.

Ce que ce cœur présente de particulier, c'est une ossifica-

tion ou calcification du péricarde représentée dans la figure ci-contre. Il est entouré, sur presque toute sa surface, d'une véritable cuirasse ou carapace calcaire au niveau de laquelle les deux feuillets du péricarde sont complètement adhérents et ne permettent pas le moindre glissement. Cette cuirasse s'étend dans le sens longitudinal de la base, vers la pointe. A la base, elle s'arrête au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, empiétant légèrement en quelques points sur les oreillettes. Vers la pointe, elle s'arrête à un ou 2 centimètres environ de l'extrémité.

Dans le sens transversal, elle recouvre toute l'étendue de la face postérieure et en partie la face antérieure. Il n'y a que vers la partie moyenne de cette dernière que le cœur se trouve à nu. La portion dénudée représente une trainée de 4 à 5 centimètres de largeur. A ce niveau seulement, les deux feuillets du péricarde sont séparés l'un de l'autre. L'épaisseur de cette carapace varie suivant les points.

Au niveau du ventricule gauche, vers la base, elle atteint environ 6 à 7 millimètres. Au niveau du ventricule droit, vers la base et sur l'oreillette, elle mesure près de 1 centimètre.

L'examen de la substance qui constitue la cuirasse enveloppante montre qu'elle est formée de substance calcaire et ne rappelle en rien la structure du tissu osseux. Pas d'altération des valvules du cœur.

Aorte. Quelques plaques athéromateuses avec épaississement de la paroi. Pas de plaques calcaires.

RÉFLEXIONS.— Au point de vue anatomo-pathologique, cette observation est remarquable par l'étendue de la plaque calcaire qui enveloppe le cœur, plaque qui présente la forme d'une véritable cuirasse ouverte en avant.

Les observations de calcification du péricarde les plus connues (comme nous l'ont démontré des recherches faites à ce sujet) ne semblent pas contenir d'exemple de revêtement aussi complet.

4. Fracture du col du fémur. — Myxôme du moyen adducteur ; par M. LADROITTE, interne des hôpitaux.

La nommée Colinet Louise, âgée de 66 ans, profession lingère, est entrée le 25 décembre 1881, salle Sainte-Rose, lit n° 15, à l'hôpital de la Charité, service de M. le Dr DESPRÉS. Cette malade est entrée à l'hôpital de la Charité vers la fin de décembre pour une fracture du col du fémur pro-

duite par une chute sur le grand trochanter, en descendant un escalier. Outre les symptômes habituels de la fracture du col du fémur, impossibilité des mouvements, douleur vive à la pression et à la suite des mouvements communiqués, rotation du pied en dehors, raccourcissement du membre, il existait à la partie supérieure et antérieure de la cuisse une ecchymose considérable qui annonçait la rupture de quelques-uns des petits vaisseaux de l'articulation et la déchirure de la capsule, ce qui permettait de diagnostiquer une fracture mixte.

On remarque en même temps que la malade portait, au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse du même côté, une tumeur du volume d'un gros œuf, dure, assez mobile, profondément enfouie dans les muscles de la région, mais qui ne fut l'objet que d'un examen très superficiel, l'attention se concentrant sur la fracture.

Le lendemain de son entrée, la malade est placée dans la gouttière de Bonnet, dont elle n'est retirée que le 25^e jour. La malade continuait à garder le lit et n'avait présenté aucune espèce d'accidents locaux ou généraux quand, le 20 février, elle fut prise de symptômes typhoïdes : prostration, délire nocturne, inappétence, fuliginosités des lèvres, météorisme, etc., et succomba au bout de six jours.

AUTOPSIE, le 26 février, 24 heures après la mort. — L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde : congestion pulmonaire très prononcée, surtout à gauche.

Congestion rénale intense. Le rein gauche est considérablement ramolli. Sur le rein droit, on trouve les lésions de la néphrite interstitielle : kystes séreux multiples, etc. Rate violacée, tuméfiée, diffluente. Cerveau et méninges également gorgés de sang. — L'examen de l'os fracturé montre les particularités suivantes : La fracture est en effet une fracture mixte et, bien qu'elle date de deux mois, elle ne présente aucune tendance à la consolidation. Les fragments ne sont maintenus en place que par les muscles environnants et les parties non déchirées de la capsule. Entre eux, se trouve une quantité considérable de liquide louche, puriforme, contenant des parcelles osseuses et de petites esquilles facilement reconnaissables au toucher. À la partie supérieure du col, se trouve aussi un petit débris de capsule interposé entre les surfaces fracturées.

Les os, au niveau de la fracture, non seulement ne présentent aucune trace de consolidation, mais sont au contraire érodés, rouges, atteints d'ostéite raréfiante et offrent à leur surface des parcelles osseuses sur le point de se dé-

tacher. Il existe à ce niveau une perte de substance d'environ un centimètre, de sorte que, quand les surfaces fracturées sont mises en contact, le col semble avoir perdu la moitié de sa longueur.

Quant à la tumeur perçue pendant la vie à la partie supérieure et interne de la cuisse, elle se présente sous forme d'une masse arrondie, située au milieu des muscles adducteurs, facilement séparable des parties voisines auxquelles elle n'est unie que par un tissu conjonctif lâche, sauf cependant au niveau du moyen adducteur auquel elle adhère par une base large et dans l'aponévrose duquel elle semble être contenue. Sa surface est lisse, présentant quelques sillons superficiels dus à la présence de fibres aponévrotiques. Elle est translucide, élastique, et revêt en tous points l'aspect d'un kyste; mais, une incision pratiquée en son milieu montre que ce n'est autre chose qu'un myxôme type, reconnaissable à l'aspect gélatineux de son contenu, de coloration jaunâtre et parcouru par des trainées cellulovasculaires, ce qui lui donne une grande analogie avec la pulpe de l'orange. A la coupe, elle laisse exsuder un liquide filant semblable à une solution de gomme.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation, nous voulons surtout attirer l'attention sur l'état de la fracture. Nous voyons qu'après deux mois d'immobilité, il n'existe pas la moindre trace de consolidation; nous ne pouvons invoquer pour expliquer ce retard que la présence entre les fragments du liquide mélangé de parcelles osseuses que nous y avons signalé, ce qui serait en faveur de l'opinion de ceux qui reconnaissent, comme cause de non-consolidation dans les fractures articulaires, la présence en trop grande abondance de la synovie ou de tout autre liquide et aussi la présence dans le foyer de la fracture d'esquilles osseuses qui ne permettent pas la formation du cal avant leur résorption ou leur élimination; ces esquilles, en outre de leur rôle mécanique comme corps étrangers, déterminant dans leur voisinage une irritation suffisante pour s'opposer au processus réparateur.

5. - Aortite végétante à débuts insidieux. — Rétrécissement et insuffisance aortiques. — Anévrysme valvulaire. — Convulsions cloniques. — Mort ; par M. MALÉCOT, interne des hôpitaux.

C. Paul, 26 ans, journalier, entre le 8 février 1882 à la

Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 8, service de M. FÉRÉOL, remplacé par M. LANDOUZY.

D'aspect vigoureux, mais pâle et amaigri, C... se plaint de toux et d'essoufflement qui dateraient de trois semaines et seraient survenus sans cause appréciable. D'abord légers et supportables, ces accidents se sont progressivement accrus au point de rendre aujourd'hui tout travail impossible, mais, à aucun moment, ils ne se sont accompagnés de fièvre ni de douleur articulaire. Au reste, cet homme jouit habituellement d'une bonne santé; il n'est point rhumatisant, n'a pas eu de maladie grave ni de fièvre intermittente. Il n'est point syphilitique et n'a point fait d'excès alcooliques. Depuis le mois de novembre dernier seulement, il a eu des vertiges et deux crachements de sang survenus à la suite d'excès de travail. Il y a deux jours, il avait eu une nouvelle hémoptysie. Sa mère et son père sont morts « poitrinaires ».

Les signes trouvés à l'examen de la poitrine ne sont point en rapport avec la fréquence de la toux, ils jurent surtout avec l'oppression extrême dont souffre le malade. Il n'existe en effet que quelques râles sibilants et ronflants, disséminés, et quelques râles sous-crépitants localisés au sommet gauche; en ce point, on trouve pourtant un léger souffle et de la submatité. L'examen du cœur révèle, au contraire, l'existence de lésions graves. A la palpation, on perçoit un thrill marqué au niveau de la première pièce du sternum et de chaque côté, le long des vaisseaux du cou; à l'auscultation, un double souffle, le premier systolique, très rude; le second diastolique, doux et aspiratif; ils s'entendent dans toute la région précordiale, mais ils acquièrent leur maximum d'intensité au niveau du deuxième espace intercostal droit. L'impulsion cardiaque est énergique et la pointe bat dans le sixième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. Le pouls est régulier, dur, vibrant. Pas d'œdème des membres inférieurs ni de congestion hépatique.

25 février. L'état du malade s'est aggravé et le cœur commence à faiblir. Le foie est considérablement augmenté de volume, les lèvres sont légèrement cyanosées et la toux plus fréquente.

25 février au 1^{er} mars. Les signes résultant de l'affaiblissement du cœur vont s'accroissant; la respiration est difficile, les lèvres sont cyanosées, le pouls est petit, le foie descend jusqu'à l'ombilic. Pourtant, il n'y a point d'œdème des jambes.

1^{er} mars. L'état général est très grave : la dyspnée est

extrême, le pouls filiforme est très lent, 46 p. ; à trois reprises, le malade a été pris d'accès épileptiformes de très courte durée, non précédés de cris, ni suivis de perte de connaissance. Pas de véritables douleurs d'angine de poitrine ; aucune complication pulmonaire. Dans la journée, nouvelle attaque épileptiforme et le malade meurt asphyxié le soir, à 6 heures.

AUTOPSIE. — *Cœur* entièrement libre dans la cavité du péricarde ; à la face postérieure de l'oreillette droite, entre cette dernière et l'aorte, enfin, au niveau de l'artère pulmonaire, traces de péricardite récente. Hypertrophie cardiaque notable ; poids 685 grammes. Cette hypertrophie s'est surtout faite aux dépens du cœur gauche ; la cloison interventriculaire bombe dans le ventricule droit, l'oreillette gauche est volumineuse et les parois du ventricule mesurent une épaisseur de près de trois centimètres. Pas d'insuffisance mitrale ni de rétrécissement, la valve interne est très légèrement épaissie dans un point limité et voisin de l'orifice aortique, mais il s'agit d'une simple inflammation par propagation.

Les lésions sont concentrées à l'orifice aortique. En ce point existe un rétrécissement très accusé ; impossible de pénétrer par l'aorte dans le ventricule, le doigt est arrêté par des végétations de consistance osseuse, développées aux dépens des valvules sigmoïdes. Si l'on pratique une coupe le long du bord gauche du cœur, de manière à laisser intacte la valvule mitrale et à ménager le plus possible les valvules aortiques, on voit que celles-ci sont le siège d'une altération considérable. Les deux valvules postéro-externe et interne présentent sur leur bord libre des végétations du volume d'un gros pois, blanches, rugueuses, de consistance calcaire ; de plus, la première est légèrement rétractée. La valvule antérieure et moyenne est, au contraire, le siège d'une dilatation anévrysmatique très accusée. Son bord libre présente aussi des végétations calcaires, mais sa partie centrale, profondément excavée, amincie, bombe dans le ventricule, descendant ainsi à un centimètre et demi au-dessous des deux valvules précédentes ; de plus, il y a perte de substance au point le plus déclive de cette cavité infundibuliforme, d'où résulte une ouverture circulaire de 3 millimètres de diamètre environ, beaucoup plus rapprochée du bord adhérent que du bord libre. Un peu en dedans de cet orifice, et au même niveau, s'en trouve une autre de un millimètre de diamètre. Cette cavité ainsi formée par la distension et l'amincissement de la valvule

moyenne se prolonge en outre en arrière, où elle s'est développée en refoulant la paroi postérieure du cœur restée saine. Elle est remplie par un caillot post-mortem et pouvait loger une petite noix. L'orifice des artères coronaires est libre et l'aorte saine dans tous ses autres points. Rien à noter du côté du cœur droit.

Poumons. Adhérences anciennes au sommet du poumon droit. Congestion du poumon gauche. Pas de tubercules : pas d'infarctus pulmonaire. — *Foie* volumineux. Poids 2470 grammes. A la coupe, congestion énorme avec nombreux îlots de dégénérescence graisseuse. — *Reins*, Infarctus volumineux dans le rein gauche : deux petits infarctus dans le rein droit. — *Encéphale.* Le tronc basilaire est entièrement libre : pas d'embolie dans les artères sylviennes. A la coupe, aucune lésion du cerveau, du cervelet ni du bulbe.

M. LANDOUZY appelé l'attention sur les particularités intéressantes de cette observation : 1° cette aortite est remarquable par son début insidieux ; développée d'une façon subaiguë, sous l'influence de causes qui n'ont pu être dégagées, elle semble s'être révélée alors seulement que l'étendue et l'intensité des lésions valvulaires compromettaient l'irrigation pulmonaire. 2° L'ensemble symptomatique était assez complet pour permettre le diagnostic qui avait été porté exact du vivant du malade. 3° L'apparition de quatre attaques de convulsions épileptiformes, dont aucune lésion encéphalique n'est venue donner raison, constitue un fait rare dans l'histoire des endartérites et des endocardites végétantes. L'explication de ces convulsions est assez difficile à donner ; il n'est pas facile d'admettre que des débris de valvules ou de caillots aient pu être lancés dans l'encéphale et déterminer des convulsions, comme dans certaines injections expérimentales de Prévost et Cotard ; outre que les débris embolisés, si tenus soient-ils, eussent dû laisser après eux des foyers d'anémie et de congestion collatérale, il n'est guère admissible que le malade ait pu recouvrer dans de semblables conditions et la motilité complète de ses membres et l'intégrité de son intelligence.

Peut-être ces convulsions à début brusque, à disparition complète, ne laissant derrière elle aucun trouble organique ou fonctionnel, ont-elles été produites par anémie cé-

rébrale brusque et massive, comme dans certaines expériences bien connues de Brown-Séquard ? L'anémie cérébrale a pu, à plusieurs reprises, être produite et disparaître par le fait de la formation, de l'affaissement ou du déplacement de caillots fibrineux jouant vis-à-vis de la lumière aortique — déjà rétrécie par les végétations valvulaires — l'office d'un opercule ouvrant ou fermant, brusquement et à plusieurs reprises, la chambre aortique, permettant par conséquent ou empêchant toute circulation cérébrale.

Séance du 10 mars 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

6. Rapport sur la candidature de M. R. Jamin au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. Paul SEGOND, professeur de la Faculté.

Parmi les diverses présentations faites par M. R. Jamin à la Société anatomique, la dernière en date (17 février 1882) nous a semblé particulièrement intéressante au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. C'est sur elle que je désire appeler l'attention de la Société.

Il s'agit d'un cas de tuberculose localisée à la gaine synoviale du médius de la main droite. La malade est une jeune fille de 19 ans, ne présentant aucun signe de tuberculisation pulmonaire ou autre, mais offrant tous les caractères de la scrofule : engorgement des ganglions cervicaux, conjonctivites dans l'enfance, coryzas longs et répétés, menstruation tardive et souvent remplacée par une leucorrhée abondante, etc.

Le mal a mis 18 mois à se développer, il a débuté par une tuméfaction de la face palmaire de la première phalange du médius et par des douleurs vives siégeant dans toute l'étendue du doigt et dans la région métacarpienne correspondante. Les phénomènes douloureux ont persisté près d'un an, et ont fini par disparaître. Mais, la tumeur n'a pas cessé de croître lentement et graduellement.

Lorsque la malade est entrée à l'hôpital Necker, dans le

service de M. Trélat, la première phalange du médius présentait les caractères suivants : Face dorsale à peu près normale ; bords légèrement tuméfiés et déterminant ainsi un certain écartement des doigts voisins ; face palmaire occupée par une tumeur saillante de un demi-centimètre environ, indolore, donnant à la palpation la sensation de fausse fluctuation. Cette tumeur se prolonge en haut sur les tendons fléchisseurs, s'engage sous l'aponévrose palmaire et remonte en soulevant un peu cette aponévrose jusqu'à la limite de l'éminence thénar. Les mouvements de flexion du doigt ne sont que diminués. Cette gêne s'explique facilement par la roideur articulaire résultant d'une insuffisance d'exercice des phalanges et par la présence même de la tumeur qui, venant s'interposer entre le doigt et la main dans le pli digito-palmaire, empêche la flexion complète. Au niveau de la portion phalangienne de la tumeur, la peau lui adhère dans une petite étendue. Elle offre en outre un certain degré de tension, mais sa coloration n'est pas modifiée et elle ne présente pas trace d'inflammation. Tels étaient les principaux symptômes observés.

L'extirpation fut décidée et la tumeur mise à découvert par une longue incision, s'étendant à toute la face palmaire de la phalange et à presque toute la longueur du métacarpien susjacent. Elle apparut alors sous la forme d'une tuméfaction allongée en forme de boudin, irrégulièrement lobulée, d'une coloration gris rosé, rappelant un peu celle de la parotide, d'une consistance demi-molle avec des points plus ramollis, légèrement jaunâtres, tenant modérément à la face profonde de la peau, mais très adhérente à tout le pourtour du tendon fléchisseur superficiel, dont elle se laisse très difficilement disséquer. Elle s'insinuait même entre ce tendon et celui du fléchisseur profond, auquel elle adhérait à peine.

L'histoire clinique de cette tumeur acquiert une réelle importance quand on la rapproche des résultats de l'examen histologique. Celui-ci a démontré qu'on se trouvait en présence non pas d'une synovite fongueuse, comme on aurait pu s'y attendre, mais bien d'une synovite tendineuse tuberculeuse. La tumeur se composait en effet de deux tissus, l'un parsemé de nodules tuberculeux, l'autre fibreux, plus ou moins compact et plus ou moins modifié.

Dans le premier tissu, nous dit M. Jamin, on remarquait des îlots jaunâtres entourés d'une zone conjonctive, riche en éléments embryonnaires. Ces amas tuberculeux étaient constitués par un ensemble d'éléments cellulaires et de quelques noyaux rouges assez rares, plongés dans une

sorte de gangue granuleuse et amorphe. Le centre de ces amas cellulaires était occupé par une cellule géante à contours bien limités, ovoïde, et contenant un grand nombre de noyaux. Bien qu'existant dans la plupart des nodules tuberculeux, cette cellule géante faisait défaut pour quelques-uns d'entre eux.

Le reste de la tumeur était formé par des faisceaux de fibres conjonctives infiltrés de nombreux éléments embryonnaires. Très compacte en certains points, ce tissu était, au contraire, en d'autres endroits, très lâche et rempli d'éléments adipeux au milieu desquels se voyaient des capillaires embryonnaires. Enfin, il existait également toute une région infiltrée de gouttelettes huileuses indiquant une régression complète du tissu.

De cette rapide analyse anatomo-pathologique, il est facile de conclure qu'on s'est trouvé en présence d'une tumeur de nature fibreuse, manifestement développée au dépens de la gaine synoviale du tendon fléchisseur. Ici compacte, là en voie de régression graisseuse plus ou moins avancée, elle était parsemée de nodules tuberculeux incontestables. Les tubercules des synoviales tendineuses ont été déjà observés, mais on a rarement procédé à leur étude histologique. L'exemple très net que nous en donnons nous paraît digne d'intéresser une Société qui a si largement contribué à l'histoire des tuberculoses locales. Après les travaux français de MM. Reclus sur les tubercules du testicule, Tapret sur la tuberculose urinaire, Brissaud et Josias sur les gommes tuberculeuses, Lannelongue sur les abcès froids, Lancereaux et Lannelongue sur l'envahissement par le même néoplasme des synoviales articulaires, l'observation de M. Jamin vient montrer que le cadre des tuberculoses locales doit s'élargir encore et contenir un plan pour les tubercules des gaines synoviales.

En compulsant les divers recueils et publications, on rencontre peu de renseignements sur cette affection. Les Bulletins de la Société anatomique en contiennent deux exemples : l'un très démonstratif, l'autre moins concluant, car l'examen histologique n'a pas été fait.

Le premier de ces faits, dû à M. Lancereaux (séance du 5 juillet 1873), est intitulé : « Synovite tuberculeuse des tendons de la main ». Il s'agissait d'une fille de 24 ans, ayant succombé à la phthisie pulmonaire, et qui, pendant la vie, portait à la paume de la main des tumeurs demi-molles, qu'on avait diagnostiquées : ténosite fongueuse. A l'autopsie, on put constater que la synoviale des tendons fléchisseurs était convertie en un tissu fongueux ou plutôt

caséeux. Au microscope, ces dépôts jaunâtres étaient formés « de petites cellules granuleuses en voie de dégénérescence graisseuse, rappelant absolument les dépôts caséux du tubercule infiltré. »

L'autre observation, présentée par M. Berdinel (séance du 9 avril 1875) a pour titre : « Synovite tendineuse chronique avec kystes du médius de la main droite. » Chez un homme de 54 ans, tuberculeux, le médius droit présentait une tuméfaction s'étendant jusqu'au milieu de la paume de la main et siégeant dans la gaine des tendons fléchisseurs. Au niveau de la première phalange, cette tumeur formait une bosselure où l'on constatait une fausse fluctuation qu'on attribua à des fongosités. L'ouverture spontanée se fit au bout de quelque temps, donnant issue à des masses grisâtres. Puis, le malade succomba à sa tuberculose pulmonaire.

Dans la discussion qui suivit cette dernière présentation, M. Després, dans le service duquel se trouvait le malade, songea à rattacher cette lésion à la goutte ou au rhumatisme, parce qu'il existait en même temps de l'arthrite sèche du genou. Mais, M. Charcot combattit cette opinion en affirmant que jamais la goutte ni le rhumatisme n'avaient donné lieu à semblable altération des gaines tendineuses. Nous pensons que, si l'examen histologique avait été fait, le doute n'eût pas été possible.

En résumé, la communication de M. Jamin nous paraît offrir un double intérêt : Exemple incontestable d'une lésion tuberculeuse à localisation jusqu'ici exceptionnelle, elle s'ajoute aux faits de tuberculoses locales évoluant sur des sujets présentant tous les caractères classiques de la scrofule. — Enfin, cette observation démontre une fois de plus que l'extirpation chirurgicale de ces véritables tuberculomes est possible, indiquée et salutaire. — La malade est à l'heure actuelle complètement guérie.

7. M. SIREDEY montre des *ulcérations du gros intestin* chez une femme morte avec les symptômes de la fièvre typhoïde. L'intestin grêle était sain.

M. HANOT dit avoir récemment observé un fait analogue à l'Hôtel-Dieu.

M. CORNIL a vu aussi un cas de ce genre dans son service à la Pitié; il existait seulement des ulcérations du cœcum. L'ouvrage de Griesinger contient une dizaine de ces faits.

8. **Typhlite aiguë perforante** ; par le D^r Ch. TALAMON, chef de clinique de la Faculté.

M..., âgé de 27 ans, est entré le 2 mars 1882 dans le service de M. le professeur G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme, d'une santé habituellement bonne, n'ayant jamais eu ni constipation, ni troubles digestifs d'aucune sorte, a été pris le 24 février de coliques vagues, paraissant avoir leur maximum dans le côté droit du ventre. Ces coliques ont persisté le 25, n'empêchant pas d'ailleurs le malade de faire son travail. Le 26, les douleurs avaient cessé, et le malade a mangé comme à son ordinaire. Le 27, en se levant, douleur subite et assez vive dans la fosse iliaque droite. Néanmoins, le malade s'habille et fait trois kilomètres à pied pour se rendre à son travail. Mais, au bout de quelques heures, les douleurs deviennent telles qu'on est obligé de le transporter chez lui. Pas de vomissements. Un médecin appelé ordonne de l'huile de ricin ; deux selles peu abondantes. Le 28, les douleurs abdominales persistent. Le 1^{er} mars, premier vomissement, verdâtre. Le médecin fait appliquer huit sangsues sur l'abdomen.

Le 2, on porte le malade à l'Hôtel-Dieu. Nous le trouvons dans l'état suivant : Faciès grippé, abdominal, deux vomissements porracés depuis hier. Le ventre est dur et tendu, mais sans ballonnement très marqué. Le malade accuse seulement de la douleur dans la fosse iliaque droite ; la moindre pression à ce niveau est excessivement pénible ; partout ailleurs elle est assez facilement supportée ; la tension est beaucoup plus prononcée dans le flanc et la fosse iliaque droite ; c'est une tension diffuse, sans tumeur délimitable. Une selle peu abondante ce matin. Le pouls est large, plein, fort. T. M. 38°,6. Les urines, peu abondantes, donnent par la chaleur et l'acide nitrique un abondant précipité d'albumine. Glace, cataplasme laudanisé, injection de morphine.

3 mars. La tension et le météorisme sont beaucoup plus marqués ce matin. Pas de vomissements depuis hier. La douleur est surtout prononcée dans la fosse iliaque droite ; on peut percuter sans douleur le reste de l'abdomen qui est sonore, la fosse iliaque droite présentant une matité relative. Dans la journée, deux vomissements porracés ; le soir, faciès hippocratique ; nez et extrémités froides. Pouls faible, petit, très fréquent ; voix faible et cassée ; le ventre est toujours peu douloureux, sauf dans la fosse iliaque droite. — Mort à sept heures du soir.

AUTOPSIE, faite le 5 mars, 38 heures après la mort. — La cavité abdominale est tapissée de fausses membranes molles, verdâtres, fibrineuses, formant de larges plaques sur le foie, la rate. Les anses intestinales sont légèrement adhérentes par des tractus fibrineux, qui se laissent facilement déchirer. Au niveau de la fosse iliaque droite, les fausses membranes plus abondantes et plus épaisses réunissent le cœcum à la paroi abdominale. On sépare cependant assez aisément le cœcum des parties voisines, et on aperçoit l'appendice iléo-cœcal très dilaté, d'une couleur violacée. Cet appendice a la grosseur et la longueur de l'index. En le palpant, on sent vers sa partie moyenne et à sa partie supérieure deux noyaux indurés de la grosseur d'un haricot. Au-dessous de ces noyaux, vers le tiers inférieur, apparaissent deux petites ulcérations, arrondies, recouvertes de fausses membranes, de la grandeur d'un grain de chènevis, par lesquelles on peut faire pénétrer un stylet de trousses. L'intérieur de l'appendice est rempli de mucosités épaisses.

Les deux noyaux sont formés par de petites scybales, ayant absolument l'aspect, la forme et la grosseur d'un crottin de lapin. Elles sont assez dures, mais se laissent facilement couper par le bistouri et sont uniquement constituées par des matières fécales durcies.

L'orifice de l'appendice dans le cœcum n'est pas dilaté. Le cœcum contient des matières fécales jaunâtres, de consistance ordinaire, formant une masse de la grosseur du poing. Il n'y en a pas dans le reste du gros intestin ; mais les parois du cœcum sont parfaitement normales. La muqueuse ne présente ni ulcération ni aucune trace d'inflammation. Elle est de couleur grisâtre, absolument saine. De même l'intestin grêle ne montre aucune altération, sauf un peu de saillie des follicules clos dans le dernier pied de l'iléon. Les autres organes sont comme à l'état normal. Les reins ne sont nullement congestionnés.

RÉFLEXIONS. — On donne indifféremment le nom de typhlite à l'inflammation du cœcum et à celle de son appendice. Peut-être cette confusion est-elle nécessitée par la difficulté de distinguer cliniquement les symptômes qui appartiennent en propre à chacune de ces lésions. Pourtant on peut dire que la typhlite vraie, l'inflammation du cœcum, est une affection à marche subaiguë et à répétition tandis que l'iléo-typhlite évolue à la manière de l'ulcère perforant de l'estomac. Notre malade a été tué en sep

jours, sans que rien, ni dans ses antécédents, ni dans l'examen *post-mortem* du cœcum, puisse faire soupçonner quelque altération antérieure de cet organe. Quand, au contraire, une perforation se produit dans la typhlite vraie, c'est ou bien après une série continue de symptômes indiquant une inflammation chronique de la muqueuse, ou à la suite de poussées subaiguës multiples, répétées à intervalles plus ou moins rapprochés.

Maintenant, quel mécanisme faut-il reconnaître à cette inflammation à évolution si rapide et aboutissant si promptement à une perforation ? Les auteurs classiques semblent admettre qu'ils s'agit là d'un traumatisme déterminé par un corps étranger, ce corps étranger provoquant par lui-même l'ulcération de la paroi intestinale. Or, du moins en ce qui regarde notre cas particulier, cette hypothèse est inadmissible. Les corps étrangers étaient des boulettes de matières fécales durcies, et si dures qu'on les suppose, on ne peut comprendre comment ces boulettes arrondies auraient pu perforer les trois tuniques intestinales. D'ailleurs, ces petites scybales occupaient encore, à l'autopsie, leur place dans la cavité de l'appendice ; nous n'avons trouvé trace d'aucun autre corps étranger dans la grande cavité péritonéale. Si la théorie classique était vraie, c'est au point où ces scybales étaient au contact de la muqueuse qu'on aurait dû trouver les ulcérations ; et, à ce niveau, les tuniques de l'appendice étaient seulement, comme dans tout le reste de leur étendue, d'un rouge violacé, mais nullement ulcérées ; les deux petites perforations siégeaient à deux centimètres au-dessous. On ne peut donc supposer un traumatisme direct produit par les scybales elles-mêmes.

Nous proposons une autre explication. Les scybales engagées dans l'appendice par quelque contraction intestinale du cœcum y ont pénétré à frottement et se sont enclavées à la partie supérieure de l'étroit canal. De là deux conséquences : d'une part, elles ont fermé à la manière d'un bouchon l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cœcum ; de l'autre, par suite de leur diamètre trois à quatre fois plus considérable que la lumière du canal, elles ont exercé une compression notable sur les parois de l'appendice et gêné de toutes façons la circulation des vais-

seaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice supérieur a eu pour résultat l'accumulation des produits de sécrétion et la distension de l'appendice. Or, à la surface de la muqueuse intestinale, existent en permanence des germes de bactéries qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se multiplier à l'infini. Quelle meilleure condition peut leur être fournie que cette stagnation subite d'un liquide alcalin et essentiellement fermentescible? Aussi, les bactéries ont-elles pullulé dans l'appendice dilaté et oblitéré, comme dans un vase clos. Mais, ce n'est pas tout: cette pullulation n'aurait pas eu d'inconvénients immédiats, si les parois de l'appendice avaient conservé leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques vivants et bien nourris à la pénétration des bactéries est pour ainsi dire invincible. Mais cette bonne nutrition, et par suite cette résistance, sont exactement proportionnelles à l'activité de la circulation sanguine. Or, nous l'avons vu, les corps étrangers enclavés dans la lumière étroite de l'appendice comprimaient ses parois et entravaient la circulation de ses canaux vasculaires. La nutrition des éléments des diverses tuniques de l'intestin se trouvait donc ralentie et leur résistance vitale affaiblie au minimum. Les bactéries, inoffensives à l'état normal et impuissantes contre des éléments sains, ont triomphé sans peine de ces éléments séparés de leur liquide nourricier, y ont pullulé de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice, et, par deux points, ont réussi enfin à faire irruption dans le péritoine dont elles ont provoqué l'inflammation générale.

En résumé, nous pensons que les corps étrangers ont joué un rôle indirect dans la production de la perforation iléo-coecale; qu'ils ont agi en ralentissant la circulation, et, par suite, la vitalité des parois de l'appendice, et que la perforation est due à la pullulation des bactéries intestinales dans l'épaisseur de ces parois privées de leur résistance vitale.

9. Ulcère de l'estomac. — Perforation. — Vomissements fécaloïdes sans obstacle au cours des matières. — Mort ; par M. P. BOURCY, interne des hôpitaux.

Le nommé T..., âgé de 34 ans, chauffeur, entre le 23 fé-

vrier 1882 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, n° 29, service de M. le professeur BOUCHARD.

Ses antécédents héréditaires sont nuls, absolument indemnes de scrofule, de syphilis et d'alcoolisme. Il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1870 ; à cette époque, il eut la dysenterie, et, depuis ce temps, ressentit chaque année, pendant les mois d'hiver, des douleurs sourdes dans l'abdomen, accompagnées de diarrhée. Au mois de septembre 1881, apparurent de violentes douleurs épigastriques, très aiguës, en coup de couteau, s'irradiant dans le dos, survenant deux ou trois heures après le repas et coïncidant avec des vomissements alimentaires ou glaireux ; trois ou quatre fois, ces vomissements continrent du sang, soit sous forme de caillots, soit sous l'aspect d'un liquide noirâtre ou chocolat ; une seule fois, il y eut en même temps *melæna* ; survint à la suite un amaigrissement rapide, qui s'accrut chaque jour jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Il nous sembla légitime de porter, d'après ces symptômes, le diagnostic rétrospectif d'ulcère de l'estomac.

Depuis le commencement de février 1882, les douleurs sont plus vives, les vomissements glaireux continuent, la constipation alterne avec la diarrhée ; le malade sentant ses forces diminuer chaque jour, se décide enfin à entrer à l'hôpital le 23 février.

24 février. Il est pâle, émacié, et porte sur le visage l'expression d'une souffrance vive et d'une anxiété extrême ; il appelle de suite l'attention sur le ventre, qui n'est nullement ballonné, mais sensible à un tel degré que la palpation et la percussion en sont impossibles ; le moindre contact fait contracter avec énergie les muscles abdominaux. La langue est saburrale, la soif vive ; l'anorexie complète ; les vomissements sont fréquents, les nausées continuelles, la constipation absolue depuis cinq jours. Le pouls est petit et fréquent ; la température rectale est de 38°. L'urine est rare et exempte d'albumine et de sucre. Les poumons et le cœur sont intacts. Prescription : Cataplasmes avec onguent mercuriel belladonné.

25 février. La nuit a été mauvaise ; les vomissements glaireux ont été fort abondants (3 cuvettes ; environ) la constipation persiste. La température est normale, 37°,6 le matin ; 37°,5 le soir. — Aucun phénomène d'algidité. L'urine est toujours rare, renferme une très notable quantité d'indican et de l'albumine, rétractile à grains très fins. — Prescription : Potion de Rivière. Lavement avec 30 grammes de miel de mercuriale.

26 février. Les vomissements continuent ; légèrement.

verdâtres depuis la veille, ils sont aujourd'hui franchement porracés. La douleur abdominale a beaucoup diminué; la palpation et la percussion, devenues possibles, ne dénotent rien d'anormal. Dans la nuit, il y a eu une selle très peu abondante; les matières étaient dures, en boulettes. T. M. 37°. S. 38°,4. Pas d'algidité. — Prescription : Huile de ricin. Extrait de belladone 0,07 en pilules d'un centigramme, d'heure en heure.

27 février. Un peu d'amélioration; les vomissements sont moins abondants et moins porracés. L'urine, rare, renferme de l'albumine rétractile à gros flocons. T. M. 37°,5. S. 36°,5.

1^{er} mars. Les vomissements sont moins abondants, mais ils sont devenus roussâtres et très fétides, tout à fait fécaloïdes; depuis 3 jours, pas de selles ni de gaz rendus par l'anús: à ces signes d'occlusion intestinale viennent s'opposer l'absence de ballonnement du ventre et de développement irrégulier des anses; il n'y a du reste aucun phénomène algide. Température normale. Prescription : Lavement avec 30 grammes de miel de mercuriale. Bouillon glacé.

2 mars. Les vomissements fécaloïdes continuent, les nausées sont continuelles; néanmoins, le malade accuse moins de douleurs dans le ventre, qui n'est toujours pas ballonné; pas de selles. -- L'urine renferme une grande quantité d'albumine rétractile à gros flocons et une quantité notable d'indican. Température normale.

Dans l'après-midi, le malade reçut la visite de ses parents, et put converser avec eux sans trop de fatigue; tout à coup, vers 3 heures et quart, en notre présence, il se sent défaillir, accuse une violente douleur dans l'abdomen; la pâleur devient extrême, le pouls imperceptible, l'anxiété très grande, et la mort survient sans autres phénomènes en moins de 5 minutes.

AUTOPSIE, pratiquée le 3 mars, 30 heures environ après la mort. — Putréfaction peu avancée. A l'ouverture de l'abdomen, il ne s'écoule aucun liquide.

Le péritoine pariétal, couvert d'arborisations vasculaires, est dépoli sur toute sa surface et uni par places aux anses intestinales par des adhérences très faciles à rompre; le péritoine viscéral présente un aspect analogue; quelques anses intestinales sont agglutinées entre elles; il y a donc péritonite généralisée au début.

L'intestin est vide, flasque: on ne trouve aucun agent d'étranglement en examinant les organes en place; pas de

brides péritonéales, pas d'invagination, pas de valvules, pas de tumeur susceptible d'amener une compression quelconque. On fait ensuite passer dans l'intestin, extrait de la cavité abdominale, un filet d'eau qui ne rencontre pas le moindre obstacle ; les parois et la surface interne n'offrent rien d'anormal ; on peut donc conclure qu'il n'existe pas d'occlusion intestinale, d'obstacle au cours des matières.

Le bord libre du foie est uni à l'estomac par une fausse membrane blanchâtre assez résistante ; vient-on à la rompre, on tombe dans une cavité remplie de liquide brunâtre et fétide, absolument analogue aux vomissements fécaloïdes des derniers jours de la vie. Cette cavité est constituée en avant et en haut par la face inférieure du foie et la fausse membrane qui unit le bord libre de cet organe à la face antérieure de l'estomac ; en arrière, par l'épiploon gastro-hépatique ; en bas, par la face antérieure de l'estomac. A un centimètre environ au-dessous de la partie moyenne de la petite courbure, la paroi antérieure de l'estomac présente un orifice rigoureusement circulaire, aux bords absolument nets, de 5 ou 6 millimètres de diamètre.

Examiné alors par sa face interne, l'estomac présente, au point correspondant à la perforation, un ulcère rond, du diamètre d'une pièce de deux francs, aux bords un peu épais et légèrement indurés, creusé en entonnoir, non d'une façon uniforme, mais par gradins successifs, de manière à constituer par son sommet l'orifice péritonéal signalé plus haut. Dans tout le reste de son étendue, l'estomac ne présente pas d'autre ulcère ; mais ses parois sont considérablement épaissies, la muqueuse est mamelonnée au plus haut degré et présente des différences de coloration qui paraissent dues plutôt à une vascularisation irrégulière qu'à des sugillations cadavériques,

Nous serons brefs sur le compte des autres organes : la rate était normale ainsi que le foie ; les reins, un peu flasques et gros, à capsule facile à détacher, présentaient une teinte blanc-jaunâtre de leur substance corticale ; le cœur était normal et les poumons n'offraient d'autre particularité que des tubercules crétaux aux deux sommets.

Les conclusions de cette autopsie nous paraissent être les suivantes : Ulcère de l'estomac ayant déterminé une perforation, avec épanchement des matières alimentaires dans une loge péritonéale comprise entre l'estomac et le foie ; début de péritonite généralisée : aucune trace d'occlusion intestinale.

RÉFLEXIONS. — Nous insistons surtout sur cette absence

d'occlusion intestinale, en la rapprochant des symptômes qui en évoquaient l'idée pendant la vie, et, au premier chef, des vomissements fécaloïdes, considérés autrefois comme pathognomoniques d'un obstacle au cours des matières. Notre intention n'est du reste que d'ajouter un fait confirmatif aux observations déjà nombreuses publiées sur ce sujet et consignées par M. Leduc, dans sa thèse « *Du vomissement fécaloïde dans les affections du péritoine*, Paris, 1881 ». Une autre observation présentée par M. Delpeuch à la Société anatomique, en 1881, doit aussi être rapprochée de la nôtre avec laquelle elle présente, non pas des analogies, mais une identité complète.

10. Examen histologique des veines et des varices cutanées dans un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire; par M. SUCHARD, interne des hôpitaux.

Les pièces qui font le sujet de cette étude proviennent d'un malade atteint de varices sous-cutanées du membre inférieur coïncidant avec un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Soigné dans le service de M. le professeur VERNEUIL, il contracta un érysipèle de la face, maladie à laquelle il succomba dans le service de M. le Dr Audhoui où on l'avait fait transporter. L'autopsie fut faite et à ce moment le cœur, le foie et les reins furent présentés à la Société anatomique. Le malade avait, du reste, pendant sa vie, été le sujet d'une communication faite à la Société de biologie par M. le Dr Duret, chef de clinique dans le service de M. Verneuil.

Voici le résultat de l'examen histologique des veines et des varices cutanées recueillies à l'autopsie. La veine cave, comparée sur des coupes longitudinales à la veine cave normale d'un sujet du même âge, présente plusieurs particularités intéressantes :

Tout d'abord, la tunique interne du vaisseau qui, à l'état normal, n'est représentée que par une couche de cellules connectives recouvertes d'un endothélium, est triplée au moins d'épaisseur ; elle est formée par du tissu conjonctif renfermant un grand nombre de fibres musculaires lisses. La lame élastique interne se trouve immédiatement au-dessous et forme, en envoyant de nombreuses lames dans l'épaisseur du vaisseau, des espaces plus étendus qu'à l'état normal. Ces espaces, au lieu de renfermer quelques faisceaux des fibres lisses comme à l'état normal, sont au

contraire complètement remplis par de gros et nombreux faisceaux musculaires disposés circulairement de manière à former une couche analogue à celle de la tunique moyenne des artères à type musculaire.

Au-dessous de cette couche musculaire, on retrouve les faisceaux connectifs de la veine normale qui, bientôt, sont interrompus par de nombreuses fibres lisses à direction longitudinale. La couche externe du vaisseau est formée par des dépendances des lames élastiques et des faisceaux connectifs.

Il y a donc dans la veine cave ainsi modifiée: 1° Apparition de nombreuses fibres musculaires lisses dans la tunique interne de la veine; 2° Hypertrophie et augmentation du nombre des faisceaux musculaires des tuniques moyenne et externe. Cette lésion est, suivant toute apparence, une lésion de compensation résultant de la gêne de la circulation pulmonaire.

La veine saphène interne, examinée par les mêmes procédés et comparée à la veine saphène interne normale d'un sujet du même âge, présente des modifications analogues. Sa tunique interne est non seulement épaissie; mais, en outre, sa surface est hérissée de bourgeons. Ces bourgeons, dont le stroma est connectif, renferment une grande quantité de fibres musculaires lisses s'entrecroisant dans toutes les directions. De plus, les faisceaux de fibres musculaires lisses de la tunique moyenne sont augmentés de nombre et de volume. Il y a donc dans la veine saphène interne, comme dans la veine cave, hypertrophie de tout le système musculaire du vaisseau.

Varices cutanées. Des coupes pratiquées perpendiculairement et parallèlement à la surface de la peau m'ont permis de constater les faits suivants:

Les dilatations variqueuses sont localisées dans les réseaux veineux du derme et du tissu sous-dermique. Ces réseaux se trouvent situés, comme on le sait, l'un à la base même des papilles, l'autre, plus profondément, autour des glomérules des glandes sudoripares. Ce sont les veines de ces deux réseaux qui sont ici considérablement dilatées, sans qu'il y ait du reste dans le derme aucune trace d'inflammation. Cette observation explique pourquoi ces veines offraient pendant la vie du malade l'aspect d'un réticulum; au contraire, s'il y avait eu dilatation et congestion des veines centrales des papilles, la peau aurait été soulevée par de petites saillies papillaires, ainsi que cela se voit dans plusieurs inflammations du derme. Du reste, la densité du tissu connectif des papilles permet de comprendre facile-

ment comment les veines centrales de ces papilles résistent à une cause capable d'amener une dilatation vasculaire passive dans les réseaux veineux du derme.

11. Gangrène du pied droit ayant déterminé la mort un mois 1/2 après l'accouchement; par M. Paul Duflocq, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une femme âgée de 38 ans, cuisinière, morte dans le service de M. le professeur GOSSELIN.

Nous relaterons d'abord l'histoire clinique de la malade, puis nous exposerons les résultats de l'autopsie. Comme antécédents, nous dirons que cette femme a eu quatre enfants et qu'elle a fait deux fausses couches. Les accouchements antécédents ne se passèrent jamais bien. A la suite de ses premières couches, elle eut un érysipèle de la face suivi d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, sans complications cardiaques. Aux deuxième couches, survint de l'œdème des jambes, principalement à la jambe droite. Le troisième accouchement fut normal. Le quatrième accouchement fut le dernier. La malade était dans de mauvaises conditions générales, surmenée; enfin le médecin lui avait dit, répète-t-elle, que son enfant était « mal posé ». La tête appuyait sur la fosse iliaque droite et déterminait des douleurs dans cette région.

Étant ainsi arrivée à la fin de sa grossesse, cette malade ressentit, tout d'un coup, au milieu de la nuit, une douleur vive dans le pied droit; elle éprouvait des sensations de picotements, de fourmillements, dominées par des élancements plus aigus; le pied devint livide, froid et insensible; plus tard, il prit une coloration ardoisée, puis noirâtre.

Pendant ce temps, l'accouchement s'était passé normalement (l'enfant qui naquit mourut quinze jours après).

Le 11 février, un mois après l'accouchement, elle entre à l'hôpital dans l'état suivant: L'état général est mauvais, les pommettes sont rouges, la température assez élevée; l'appétit est perdu, la malade est considérablement amaigrie. Localement, le pied est noir, insensible, peu tuméfié, d'une consistance un peu molle; la pression fait percevoir à la main la crépitation gazeuse. Le pied est séparé de la jambe par un sillon au-dessus duquel la jambe est livide, là aussi on sent la crépitation gazeuse. Pas d'œdème de la jambe. Il y a du sucre dans les urines. Cette glycosurie se rattache à son état actuel; on ne relève aucun des signes d'un dia-

bête antécédent. Les jours suivants, l'état général s'aggrave, le muguet survient, puis apparaissent des crachats hémoptoïques et la malade succombe le 1^{er} mars, sans que localement la gangrène ait augmenté.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Les viscères : foie, rate, reins, tube digestif, vessie, sont normaux ; on ne découvre rien non plus dans l'utérus et les ovaires. A la partie supérieure du poumon droit, pneumonie gangréneuse.

Nous présentons les pièces provenant du système circulatoire, depuis le cœur jusqu'au pied droit. Le cœur, sauf un léger épaissement très limité de la valvule mitrale, est sain ; de même l'aorte et ses branches jusqu'à la fémorale droite.

Celle-ci est oblitérée par un caillot qui commence immédiatement au-dessus de sa bifurcation et envahit ses deux branches ; ce caillot, adhérent à la paroi, se continue sur le trajet de la fémorale et de la poplitée et envahit la tibiale antérieure, la tibiale postérieure et la péronière, jusqu'au pied. Les veines correspondantes et les deux saphènes sont le siège de coagulations secondaires. En un mot, toutes les artères du membre inférieur droit sont oblitérées.

L'examen au microscope nous montre que l'aorte est absolument saine. Nous avons examiné ensuite la poplitée avec son caillot. Les tuniques externe et moyenne sont normales ; la tunique interne épaissie est envahie par des éléments nouveaux ; au niveau du caillot, il y a desquamation complète et endartérite végétante, le caillot est déjà organisé.

RÉFLEXIONS. — Nous relèverons d'abord ce début brusque si nettement signalé par notre malade. On a cru à de l'embolie : l'examen nécroscopique a montré qu'il fallait abandonner cette opinion ; nulle part on n'a pu trouver le point de départ d'un caillot migrateur.

Mais la question la plus obscure est celle de la cause : sans oser choisir, nous pouvons énumérer les diverses hypothèses qu'on a pu faire : 1° Est-ce de la compression de l'iliaque par la tête de l'enfant ? Notre cas rentrerait dans le cadre de gangrènes bien connues ; nous ne croyons pas que cette compression ait pu être suffisante ; 2° L'affection est-elle due à l'état puerpéral aggravé par la déchéance physique de notre malade surmenée avant l'accouchement ?

Ce serait l'hypothèse la plus plausible, si M. Berger ne nous faisait observer que la première malade dont M. Maurice Raynaud rapporte l'histoire dans son mémoire sur la gangrène symétrique, était accouchée récemment; de même une autre dont il parle un peu plus loin; enfin dans *the Lancet* (année 1876), se trouve rapportée l'observation d'une femme atteinte de gangrène des quatre extrémités et du nez, survenue six semaines après l'accouchement. Ne pourrait-on pas faire de rapprochement entre ces cas et celui que nous avons l'honneur de présenter à la Société?

12. Fièvre typhoïde. — Ulcérations du larynx. — Trachéotomie; par M. L. GREFFIER, interne des hôpitaux.

Ber..., 21 ans, Suédois, entre le 21 janvier à la Pitié, dans le service de M. AUBOURN, avec des symptômes très accusés de fièvre typhoïde. Céphalalgie, météorisme, gargouillements dans la fosse iliaque, etc. On lui prescrit deux lavements par jour et des lotions froides.

25 janvier. La voix est très couverte, presque éteinte, mais l'auscultation de la poitrine ne révèle que quelques râles ronflants et sibilants. La fièvre typhoïde suit son cours.

9 février. Le malade est complètement aphone au moment de la visite: la difficulté de la respiration augmente rapidement à 6 heures 1/2 du soir, orthopnée intense. M. Leclerc, interne de garde, se décide à pratiquer la trachéotomie, qui est faite à l'aide du thermo-cautère; le malade, dans les jours suivants, rend par sa canule une grande quantité de pus. La plaie est très vaste.

21 février. On peut enlever la canule. On remarque la largeur de la plaie et l'élimination d'une eschare qui, peut-être, a été amenée par le thermo-cautère. — Le malade ne prend rien, va s'affaiblissant les jours suivants et succombe dans la nuit du 28.

Autopsie. — La plaie de la peau et des parties molles est des plus vastes: elle présente un aspect gangréneux. Le sphacèle s'étend jusqu'à un millimètre environ du tronc veineux brachio-céphalique gauche: dans celui-ci, on trouve un caillot récent, mais pas de trace de phlébite. A la partie postérieure, on remarque à la partie inférieure de l'incision une large ulcération de la trachée. L'œsophage est absolument indemne.

Larynx. On observe à l'extrémité postérieure du ventri-

cule de Morgagni deux petites ouvertures symétriques dont on fait sortir, par la pression, un liquide purulent. En incisant d'un côté, on constate que cette petite ouverture conduit dans une cavité assez vaste, limitée par les débris du cartilage aryténoïde en dedans et en dehors par la muqueuse. A gauche, lésions semblables, mais moins avancées. Pas de lésions au niveau de l'insertion des cordes vocales supérieures, c'est-à-dire dans les points où M. Coyne a décrit des follicules clos.

Poumon droit. On remarque des lésions de broncho-pneumonie. Le sommet, que nous présentons à la Société, présente un foyer gangréneux de la grosseur d'une noix. Les bronches sont remplies de pus. Le poumon *gauche* est congestionné. Dans l'intestin, plaques de Peyer pigmentées en noir, ne présentant plus de traces d'ulcérations. Psorentérie très marquée; les follicules isolés sont gonflés dans toute l'étendue de l'intestin grêle.

RÉFLEXIONS. — On s'est demandé si la largeur de la plaie et l'étendue du sphacèle n'étaient pas dues en partie à l'emploi du thermo-cautère. Sans doute la fièvre typhoïde suffit à expliquer le peu de vitalité des tissus, mais le thermo-cautère, en produisant des eschares, n'est-il pas une cause d'appel au sphacèle?

M. CORNIL pense que les ulcérations qu'on observe sur le larynx sont dues non à la trachéotomie, mais à une laryngo-trachéite typhique. Il est d'avis que la trachéotomie, dans les cas de ce genre, est d'une utilité douteuse, les laryngo-trachéites secondaires de la fièvre typhoïde, de la variole, de la rougeole, etc., s'accompagnant de lésions pulmonaires contre lesquelles l'opération est impuissante.

13. Hernie de l'S. iliaque; par M. LADROITE, interne des hôpitaux.

Ce fait a été observé à l'amphithéâtre sur un homme ayant succombé à une affection pulmonaire et porteur d'une hernie inguinale gauche, de la variété inguino-scrotale, sur laquelle l'attention n'avait jamais été attirée d'une façon spéciale du vivant de cet homme.

En incisant les enveloppes de la tumeur, on trouve que son contenu est constitué par l'extrémité inférieure du colon descendant, comprenant toute l'étendue de l'S ilia-

que. La hernie appartient à la variété oblique externe et la constitution de ses enveloppes, ainsi que ses rapports, sont les mêmes que ceux de toutes les hernies de ce genre; la partie interne du collet est côtoyée par l'artère épigastrique.

Les éléments du cordon ne sont pas épars autour de la tumeur, comme cela s'observe dans les hernies très anciennes : ils ne sont que légèrement dissociés et occupent le côté interne du sac. Le canal déférent répond à la partie interne et postérieure du sac.

La hernie est pourvue d'un sac péritonéal complet. Sa surface externe n'est que lâchement unie aux autres enveloppes et en est décollée facilement par des tractions modérées. son fond occupe les bourses, mais n'atteint pas le testicule dont il reste séparé par une distance d'environ 2 centimètres.

La face interne du sac est lisse et unie et ne présente aucune trace d'inflammation. L'intestin est également sain. Au niveau du collet, on ne constate pas ce rétrécissement si fréquent dans les vieilles hernies habituellement mal contenues. Cependant, l'anse herniée n'est que partiellement réductible. Il existait, en effet, à la partie postérieure et inférieure du sac, un peu au-dessous du collet, des adhérences qui limitaient le retrait de l'intestin.

En les examinant avec attention, on remarque qu'elles ne sont point de nature inflammatoire et ne ressemblent nullement à celles qu'on observe entre l'épiploon et la face interne du sac dans les hernies épiploïques, ni même à celles qui se forment au niveau des appendices épiploïques, dans les hernies du gros intestin anciennes ayant été le siège d'inflammation.

En effet, dans le cas qui nous occupe, les adhérences, suffisantes pour s'opposer à la réductibilité de l'intestin, tant que le sac conservait ses connexions normales avec les parties voisines, disparaissaient complètement, lorsqu'après avoir séparé le sac des autres enveloppes, on le refoulait dans l'abdomen.

RÉFLEXIONS.—Nous avons là, en somme, un exemple des adhérences normales qu'on rencontre dans certaines hernies du gros intestin et qui ont été si bien étudiées et décrites par Scarpa.

En effet, l'S iliaque, de même que les autres portions du gros intestin, est relié au péritoine qui revêt la paroi postérieure de l'abdomen par des replis membraneux (mésos-

colons). Lorsqu'une hernie de cette partie de l'intestin se produit, le sac herniaire se forme ordinairement par glissement du péritoine qui revêtait la région iléo-lombaire, et, par suite, par les replis de cette membrane qui fixaient l'intestin dans sa situation naturelle (mésocolon iliaque) et ce sont ces replis normaux qui constituent les adhérences dans cette variété de hernie, d'où le nom d'adhérences naturelles qui leur a été donné.

Habituellement, les replis péritonéaux dont il s'agit, sont assez longs pour permettre la rentrée et la sortie facile de l'anse herniée; mais, dans notre cas, il n'en était pas ainsi, car, nous l'avons dit, il était impossible de réduire complètement la hernie.

Les hernies de l'S iliaque sont d'ailleurs rares. Velpeau dit n'en avoir vu que deux dans toute sa carrière, et Tenain dans sa thèse « *Des organes contenus dans les hernies* », les regarde comme les moins fréquentes de toutes les hernies intestinales et croit qu'on ne rencontre cette portion de l'intestin que dans les hernies très volumineuses, ce qui n'existait pas dans le fait que nous publions, la hernie étant de grosseur moyenne et ne contenant que l'S iliaque seul.

Séance du 17 mars 1882.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Cancer de la vésicule biliaire ; par M. MULOT, externe des hôpitaux.

La nommée Chapelle, Louise, âgée de 65 ans, est entrée le 4 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15, à l'hôpital Beaujon, service de M. le D^r MILLARD.

Cette malade n'a aucun antécédent diathésique. Elle a eu douze grossesses toutes bonnes, six à terme et six non à terme. Toujours très régulièrement menstruée, elle a cessé d'être réglée à l'âge de 50 ans. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Toutefois, il y a trois ans, elle a eu une

bronchite assez intense, qui a trainé longtemps et qui a été suivie de troubles digestifs. Depuis six mois surtout, les digestions sont très difficiles.

Depuis six semaines, la malade a beaucoup maigri. Tous les matins à peu près elle a des vomissements glaireux, mais non alimentaires. La maladie a débuté à cette époque par des sensations de pesanteur à l'épigastre et des douleurs du côté des reins, phénomènes qui existent encore aujourd'hui. Le médecin qui soignait la malade en ville depuis quelque temps, a constaté la présence d'une tumeur abdominale, deux jours seulement avant l'entrée à l'hôpital.

4 février. Actuellement, la malade présente une coloration un peu jaune de la peau et un teint fort pâle. Par la palpation abdominale, on sent une tumeur du volume des deux poings environ, remplissant presque tout l'hypochondre droit. Cette tumeur, peu douloureuse, est dure, à surface paraissant un peu inégale. Elle est située au-dessous des fausses côtes droites. Elle est mobile et semble rattachée à la face inférieure du foie; elle s'élève et s'abaisse sous l'influence des mouvements respiratoires. Pas de complication cardiaque ni pulmonaire. L'examen des urines n'y révèle ni sucre ni albumine. M. Millard, en présence de cette tumeur et de ses caractères, pense à une distension de la vésicule biliaire, distension soit calculieuse, soit de toute autre nature, et à une cholécystite chronique ou bien à un cancer de la vésicule biliaire. Traitement: Eau de Chatelguyon.

9 février. L'état de la tumeur est le même qu'au premier jour. La malade est constipée. On lui donne un verre d'eau de Sedlitz qu'elle vomit. Elle va à la selle à l'aide d'un lavement.

11 février. Diarrhée abondante qui dure deux jours.

13 février. On applique un vésicatoire sur la tumeur. Il ne fournit qu'une fort petite quantité de sérosité.

14 février. La diarrhée disparaît. La tumeur, jusqu'alors insensible, devient douloureuse.

17 février. La sensibilité au niveau de la tumeur est moins vive. Cette tumeur est plus molle qu'au premier jour. L'état général de la malade se maintient toujours le même: faiblesse notable, inappétence.

20 février. L'appétit diminue de plus en plus. M. Millard ordonne par jour deux des pilules suivantes: Extrait alcoolique de voie vomique, 0,01 centig.; extrait de gentiane, 0,10 centig. On y ajoute un peu de vin de gentiane



et du sirop d'écorces d'oranges amères. Les selles sont régulières depuis plusieurs jours.

22 février. La malade vomit plusieurs fois dans la journée. En même temps, elle a de la diarrhée. La tumeur ne change pas. Elle est complètement indolente. On suspend les pilules.

24 février. La malade se plaint d'avoir toussé beaucoup pendant la dernière nuit. On entend à l'auscultation quelques légers râles de bronchite en arrière de la poitrine. La diarrhée continue, et elle est abondante. Les digestions sont difficiles. Des vomissements glaireux surviennent de temps en temps, surtout le matin. La malade s'affaiblit de jour en jour.

26 février. Bien que la malade se plaigne de tousser, on n'entend plus rien dans la poitrine. Il n'y a pas d'ailleurs d'expectoration. En raison de la persistance de la diarrhée, on donne à la malade 4 grammes de bismuth.

28 février. La diarrhée disparaît, mais les vomissements persistent. La malade se plaint de ne pas dormir depuis plusieurs jours. Julep morphine, 30 grammes.

1^{er} mars. Cette nuit, les vomissements ont été particulièrement fréquents. Ils sont composés d'une assez grande quantité de mucosités glaireuses, contenant quelques morceaux de lait caillé. La malade dit avoir au niveau de la tumeur une sensation de poids comparable à celle que lui produirait une brique. On applique des pointes de feu au-dessus des fausses côtes droites, sur les téguments qui recouvrent immédiatement la tumeur.

4 mars. Le volume de la tumeur reste stationnaire. Les vomissements ne cessent pas. La malade est de plus en plus affaiblie. Elle paraît profondément déprimée.

5 mars. La journée d'hier et la nuit se sont passées sans vomissements. La malade est moins abattue et plus gaie que les jours précédents.

7 mars. L'amélioration de l'état général s'est maintenu et dure encore aujourd'hui.

8 mars. Ce matin, la malade meurt subitement, sans que personne dans la salle ni aucune de ses voisines s'aperçoive de ce dénouement inattendu.

AUTOPSIE, le 9 mars. — *Poumons*. Un peu d'emphysème au niveau de la base et le long du bord antérieur. Plaques de pleurésie ancienne. — *Cœur*. Flasque. Recouvert d'une épaisse couche de tissu adipeux. Dégénérescence graisseuse du tissu musculaire. Plaques d'athérome sur les valvules aortiques et sur la valvule mitrale, dont le bord

libre porte une série de petites granulations dures, jaunâtres. Pas d'insuffisance aortique. Athérome de l'aorte. — *Reins*. Néphrite interstitielle. La capsule est adhérente. Quand on l'a enlevée, on peut constater que la surface des deux reins est granuleuse. La substance corticale est peu épaisse. Sur le bord convexe du rein droit se trouvent deux kystes du volume d'une noisette. Un kyste de même volume occupe l'extrémité supérieure du rein gauche. — *Rate*, normale. — *Foie*. De volume normal. La portion qui est en rapport avec la vésicule biliaire débordé en bas la dernière côte droite. Elle est séparée du reste de l'organe par une dépression qui répond à la dernière côte et qui paraît due à l'action du corset. C'est cette portion du foie, intimement unie à la vésicule biliaire, que l'on sentait pendant la vie de la malade, dans l'hypochondre droit. Elle a le volume des deux poings. Le sommet de la vésicule biliaire et le canal cystique peuvent être facilement séparés du foie. Au contraire, le fond de la vésicule est intimement uni à la partie voisine du foie, et forme avec elle une tumeur dure et irrégulière.

Une coupe de cette tumeur est faite dans le sens antéro-postérieur, de la face supérieure du foie vers la vésicule. Après avoir sectionné une mince couche de tissu hépatique, on arrive sur une tumeur de coloration blanche, assez résistante, de forme arrondie, ramollie à son centre qui a la consistance d'une bouillie caséuse. Au milieu de cette bouillie, il y a 41 calculs biliaires, tous du volume d'un gros pois environ et taillés à plusieurs facettes. Le fond de la vésicule biliaire forme la partie inférieure de cette tumeur. A ce niveau, les parois de la vésicule sont donc altérées. Au contraire, au niveau du sommet de la vésicule, les parois sont saines. Le canal cystique est normal. Le tissu de la tumeur est du tissu cancéreux. Pas d'autres noyaux cancéreux dans le foie. Pas de cancer du tube digestif ni des organes génitaux.

En résumé, il s'agit d'un cancer primitif de la vésicule biliaire ayant envahi la partie voisine du foie.

Examen histologique des organes. Fait par M. Brault, préparateur à l'Ecole pratique. — L'examen histologique de la tumeur du foie a montré qu'elle était constituée par un épithélioma pavimenteux tubulé à globes épidermiques, très reconnaissables à leur structure caractéristique et à leur propensité de réduire le picro-carmin en fixant l'acide pierique.

On ne retrouve sur aucun point du tégument externe l'origine de cet épithélioma, les orifices naturels à revête-

ment épidermique étaient également sains; cependant, il est impossible d'admettre que cette tumeur ait eu son origine dans le foie ou la vésicule biliaire.

Le rein présente une néphrite interstitielle très avancée. Le cœur, bien que petit, mou et flasque, présentait des endartérites presque oblitérantes dans le myocarde et les piliers avec désintégration très prononcée de la fibre cardiaque. On peut admettre, à cause de l'intensité de cette dernière lésion, que la mort a eu lieu par le cœur et dans une syncope.

Le cœur présentait très peu de sclérose périartérielle, la seule lésion appréciable était l'endartérite oblitérante. Cette dernière altération était poussée à un tel degré, qu'il est permis de la considérer comme tenant sous sa dépendance la désintégration de la fibre cardiaque. On voit en résumé en quoi cette modification du myocarde diffère des hypertrophies cardiaques avec endartérite, périartérite et sclérose secondaire, si bien décrites dans ces derniers temps.

15. Fibromyome de l'utérus, double et symétrique, sessile à gauche, pédiculé à droite, n'ayant provoqué aucun trouble menstruel malgré son siège au niveau des deux angles de l'utérus ; par M. H. DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

La nommée L. G..., née à Cambrai, âgée de 40 ans, profession tapissière, est entrée le 3 février 1882, salle Henri IV, lit n° 66, à l'hôpital Saint-Louis. Maigre, chétive et portant les traces d'une misère profonde, cette femme, qui n'est pas mariée, habite Paris depuis longtemps. Après avoir été soumise à de rudes privations, abandonnée par ses parents, elle s'est vue réduite à habiter un garni malpropre ou elle a bientôt été dévorée par la vermine. Elle porte en effet des traces non douteuses de grattage dans le dos, sur les cuisses, autour des épaules et sur la région de la nuque. Entre les orteils, nous trouvons aussi des pustules d'ecthyma qui sont écorchées, ulcérées.

La malade paraît en outre assez nerveuse: ses pupilles sont dilatées et irrégulières; antécédents alcooliques très prononcés. *Elle est bien réglée*; néanmoins, elle n'a jamais eu d'enfants. Les règles sont régulières, peu abondantes, durant 48 heures environ.

6 février. La malade se met au lit et se plaint d'un point de côté, d'ailleurs assez léger. Dans la soirée, nous la trouvons assoupie, sans fièvre.

7 février. A la visite du matin, nous trouvons la malade assoupie, respirant régulièrement. Pendant la nuit, ses voisines la voient se débattre un instant. Nous la trouvons morte dans son lit le 8 février, au matin.

AUTOPSIE, le 9 février 1882.—La plèvre gauche est remplie d'une énorme quantité de sérosité citrine qui a refoulé le cœur à droite, le diaphragme en bas, et le poumon assez haut. Cette pleurésie a débuté insidieusement et sans bruit et s'est étendue dans la soirée et la nuit, à tel point que nous n'avons pas eu matériellement le temps de faire la thoracentèse. Le cœur et les reins sont gras.

L'utérus est devenu tellement irrégulier et informe que nous avons d'abord peine à le reconnaître : son angle supérieur gauche a la forme d'un gros œuf de pigeon, assez régulier d'ailleurs et lisse à sa surface, de consistance ferme et dense. Le péritoine qui le recouvre est un peu aminci ; au sommet de cette tumeur, nous trouvons la trompe de Fallope qui traverse la tumeur, dans toute son épaisseur. A la coupe, il est facile de voir que cette tumeur est un fibro-myome sous-péritonéal en voie d'évolution. Son tissu est blanchâtre, formé de couches concentriques stratifiées comme les veines d'une bille d'agate.

Du côté opposé, nous trouvons également l'utérus malade : au niveau de l'angle droit, immédiatement en dedans de l'insertion de la trompe, nous trouvons une tumeur pédiculée blanchâtre, ayant la forme et le volume d'un marron d'Inde, bosselée, recouverte d'un réseau veineux assez riche. Le pédicule de cette tumeur, long d'environ 5 à 6 cent. permet à la tumeur de flotter librement dans la cavité abdominale. Il est sillonné dans toute sa longueur par un riche réseau de capillaires qui se rendent évidemment dans le fibro-myome, ainsi qu'il est facile d'en juger par la coupe que nous en avons faite. Cette coupe montre en effet : 1° Que le fibro-myome sous-péritonéal dont il vient d'être question est formé de 2 noyaux principaux accolés l'un à l'autre, séparés par quelques vaisseaux, surmontés eux-mêmes d'un petit kyste séreux actuellement affaissé par le contact prolongé de l'alcool. 2° Que des vaisseaux veineux ont pénétré dans ces noyaux isolés du reste de l'organe.

L'utérus est lui-même farci d'autres noyaux fibreux que l'on trouve également en grand nombre au voisinage de l'insertion de la trompe droite ; sa cavité, refoulée à droite de son axe normal, diminuée, est complètement déviée et ne peut être retrouvée qu'après quelques tâtonnements à l'aide de la sonde cannelée introduite par le col utérin.

L'ovaire est sain, mobile et couvert de cicatrices, preuve irrécusable des ovulations successives.

RÉFLEXIONS. — De cette observation, nous pouvons conclure : 1° Que la présence de deux fibromes utérins siégeant aux deux angles de l'utérus n'empêche pas l'écoulement menstruel, quoi qu'il soit souvent impossible de retrouver l'ouverture des trompes au milieu des tissus indurés. 2° Que, contrairement à l'opinion de Clarke, les fibromyomes pédiculés de l'utérus reçoivent assez souvent des vaisseaux nourriciers.

16. M. JEAN montre le *cerveau* d'un homme qui avait présenté les signes d'une *monoplégie* du membre inférieur droit. On avait cru à une lésion de la moelle. La moelle était saine; il existait seulement une plaque de méningite tuberculeuse avec adhérences au niveau du lobe paracentral gauche. On trouva en outre une tuberculose urinaire ancienne et une granulie aiguë des deux poumons.

17. M. CATUFFE montre une *tumeur sarcomateuse du pli courbe*, ayant déterminé une paralysie avec chute de la paupière supérieure.

18. Rapport sur la candidature de M. Ozenne, au titre de membre-adjoint; par M. RÉGNIER.

Parmi les différentes présentations faites à la Société anatomique par M. Ozenne, il en est une principalement sur laquelle nous nous proposons d'appeler votre attention : il s'agit d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur, survenue chez une femme de 82 ans. Bien que ces fractures ne soient pas rares chez les vieillards, nous croyons devoir insister sur quelques particularités de cette observation. Tout d'abord, on y constate l'absence d'un certain nombre de signes qui caractérisent cette variété de fracture : le gonflement, l'ecchymose, la mobilité, la crépitation ont entièrement fait défaut ; aussi, leur absence, rapprochée de quelques symptômes anormaux, contribuait à augmenter la difficulté du diagnostic.

Dans la majorité des cas, la perte des fonctions du membre est la règle ; tout mouvement volontaire est aboli et le membre inférieur, reposant par sa face externe sur le lit, ne peut s'en détacher ; or, dans l'observation de M.

Ozenne, nous notons que le malade pouvait soulever la jambe et lui imprimer certains mouvements de rotation : en outre, au lieu de l'adduction avec flexion et rotation du membre en dehors, que l'on rencontre presque constamment, on y trouve mentionnée l'*adduction avec flexion et rotation en dedans*, déviation que l'on pouvait, dans les premiers jours de l'accident, facilement corriger, mais qui bientôt s'exagéra et devint fixe.

Nous rappellerons que cette direction du membre inférieur est tout à fait exceptionnelle et par là même mérite d'être signalée. A peine en effet en trouve-t-on quelques observations éparses dans la littérature chirurgicale. Dans les différents articles des Dictionnaires, les Traités classiques et le Traité des fractures de Malgaigne, le fait est signalé comme possible.

Et, bien qu'on en discute la pathogénie, on y consacre cependant fort peu de développements. Que le mécanisme en soit complexe, cela nous semble à peu près certain. Mais, de l'examen des pièces qui vous ont été soumises, il nous paraît résulter ce fait que, dans le cas actuel, les différentes anomalies symptomatologiques tenaient à la forme et à la direction des surfaces fracturées, dont l'engrènement avait eu pour résultat immédiat de produire l'adduction et la rotation en dedans, lesquelles avaient persisté, grâce à la présence d'une bandelette périosto-fibreuse, située au niveau du bord inférieur du col fémoral.

Dans une autre communication, M. Ozenne a soumis à votre examen une tumeur cérébrale, non moins digne d'intérêt. Elle s'était développée silencieusement sur une jeune femme de 27 ans, qui succomba à la généralisation d'un mélano-sarcome, primitivement développé sur le pied. Cette tumeur, de même nature, occupait le ventricule latéral gauche et n'avait fait soupçonner sa présence dans la masse cérébrale qu'en donnant lieu à de l'aphasie. La motilité et la sensibilité étaient restées intactes, ce qui confirmait ainsi les résultats obtenus par M. Cossy dans ses expériences sur les ventricules latéraux.

Nous ne pouvons insister davantage sur d'autres communications, sans sortir des limites qui nous sont imposées. Nous nous contenterons seulement de signaler un cas de cancer latent de l'estomac avec perforation, et une observation curieuse de persistance du conduit excréteur du corps de Wolff chez une femme de 60 ans. Nous pensons que ces titres suffiront pour faire admettre M. Ozenne au nombre des candidats à la place de membre adjoint de la Société.

19. M. FEULHARD présente un énorme *fibrome utérin*, du poids de 12 kilos, trouvé à l'autopsie d'une femme de 45 ans.

20. Embolie de l'artère fémorale dans la convalescence de la diphthérie; par M. POUPON, interne des hôpitaux.

Jeanne Granger, âgée de 7 ans et demi, entre le 17 février, salle Sainte-Catherine, dans le service de M. le Dr BOUCHUT, pour le croup. Opérée le jour même par M. Launois, interne de garde, elle sortit le 2 mars avec sa plaie complètement fermée et dans un très bon état général. Pendant ce premier séjour à l'hôpital, elle avait eu de l'albumine dans ses urines; mais lors, de sa sortie, elles n'en présentaient plus de traces.

Le 13 mars, cette petite fille rentre dans le service avec une dyspnée énorme, de la fièvre et une pâleur assez prononcée de la face.

La mère nous apprend que, pendant son séjour chez elle, elle aurait rejeté des fausses membranes? A-t-elle eu chez elle une nouvelle poussée diphthérique? c'est possible; mais il arrive souvent que les parents prennent pour des fausses membranes des mucosités sans importance pour le médecin. Quoi qu'il en soit, son état général était devenu mauvais et, le 12 mars, cette petite fille était prise de dyspnée avec fièvre. Aussi la mère la ramène à l'hôpital le 13 mars. L'examen de la malade ne décèle aucune trace de paralysie diphthérique. La température est de 39°; la respiration est fréquente (40 à la minute).

La percussion du thorax indique une matité peu considérable à la base du poumon droit. A ce niveau, on entend un léger souffle expiratoire à timbre pleurétique. M. le Dr Bouchut fait le diagnostic d'embolie pulmonaire, pensant que l'épanchement pleurétique est de la nature de ces épanchements observés à la suite d'embolie pulmonaire (professeur Charcot). L'auscultation du cœur ne peut être faite sérieusement, à cause de la respiration qui s'effectue avec un susurrus assez considérable à travers la plaie trachéale qui s'est rouverte. Quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine. P. 80.

14 mars. La petite fille se plaint d'une douleur vive au creux poplité droit. Le soir, plaques violettes sur tout le pied. Ces plaques, larges comme une pièce d'un franc et disséminées sur le pied, ont la coloration violacée de la gangrène. La jambe est refroidie et les battements de la poplitée et même de l'artère crurale sont imperceptibles. La température

donne 31° jambe droite et 37° du côté gauche. La sensibilité est absolument abolie au niveau des plaques de gangrène.

Le lendemain matin, 15 mars, ces plaques s'étendent jusqu'au-dessus du genou. M. le Dr Bouchut fait le diagnostic d'embolie de l'artère poplitée. La petite fille meurt une heure après la visite.

Autopsie. — La famille fait opposition. Sur les instances répétées de M. Bouchut, elle laisse faire une incision au-dessus du genou en défendant de faire quoique ce fût d'autre. On trouve dans la crurale, partant du milieu de l'anneau du grand adducteur et allant au milieu de la poplitée, un caillot long de 3 centim. et présentant l'aspect d'une mine de crayon. Le caillot est brun grisâtre et n'est pas adhérent à la paroi. Il présente en certains points des stries plus claires. Ce caillot occupe toute la lumière de l'artère.

RÉFLEXIONS. — Il paraît évident que le caillot de l'artère fémorale est dû à un embolus autour duquel s'est fait de la thrombose qui forme, comme dans tous les cas de ce genre, la presque totalité du caillot. Ce fait est unique dans l'histoire de la diphtérie. Il est à rapprocher des infarctus capillaires de la peau signalés par M. Bouchut et du fait d'embolie cérébrale ayant amené un ramollissement cérébral, fait signalé par M. Bouchut dans la diphtérie. Quelle est l'origine de cet embolus. C'est là le point intéressant de la question. Les principales causes invoquées pour ce fait sont l'endocardite végétante, admise par MM. Bouchut et Labadie, — Lagrave, signalée dans une observation de M. Rendu, et la thrombose cardiaque admise par la majorité des auteurs et que la thèse de Beverley a si bien mise en lumière. Enfin, la dégénérescence graisseuse du myocarde, analogue à celle qui survient dans les fièvres graves (variole), a été indiquée dans la diphtérie et on a invoqué cette altération cardiaque pour la formation des thromboses cardiaques. L'endocardite végétante expliquerait bien ce cas d'embolie, mais elle est niée par M. le professeur Parrot, qui a déclaré que ces végétations valvulaires de l'endocarde n'étaient autre chose que des hématonodules très communs dans l'enfance. Reste la thrombose cardiaque favorisée par la dégénérescence graisseuse.



seuse du myocarde. Cette explication peut être admise par tout le monde ; car les partisans de l'endocardite végétante admettent parfaitement l'existence de la thrombose cardiaque. Cette thrombose cardiaque expliquerait bien les faits de cette observation. C'est à elle que seraient dus la pâleur de la face et la dyspnée qui sont survenues le 12 mars, c'est-à-dire qui ont précédé de quarante-huit heures les signes d'embolie. On pourrait peut-être invoquer comme cause de mort, dans le cas qui nous occupe, l'embolie pulmonaire due à une thrombose du cœur droit, tandis que l'embolie de l'artère fémorale serait due à une thrombose du cœur gauche. L'épanchement pleural trouverait ainsi son explication. Rien d'ailleurs ne s'oppose à cette idée très vraisemblable. Cette observation est d'un haut intérêt, puisque le fait d'embolie d'un gros tronc artériel dans la diphtérie est unique dans la science. Elle nous montre l'importance des troubles circulatoires dans la diphtérie et nous montre qu'il y a des recherches nombreuses à faire encore dans cette voie. Il est seulement malheureux que l'autopsie complète n'ait pu être faite, car elle aurait pu projeter un jour nouveau sur la discussion, qui passionne si vivement nos maîtres, au sujet des causes de mort dans la diphtérie et de l'état du cœur dans cette affection.

21. Hernie crurale étranglée depuis 5 jours. — Difficultés de la chloroformisation. — Mort rapide ; par M. H. DURET, chef de clinique chirurgicale.

La femme X... âgée de 53 ans, portait, sans qu'elle en eût connaissance, deux pointes de hernies crurales.

Le 6 mars 1882, dans un voyage en chemin de fer pour venir à Paris, sans qu'un effort violent ait pu se produire, un étranglement est survenu dans la tumeur du côté gauche. Elle eut des coliques, des vomissements bilieux et alimentaires et peut-être fécaloïdes le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi de la semaine. Le mercredi, on lui donne un lavement purgatif qui donne issue à des matières fécales ; mais, le jeudi, un purgatif resta sans effet. Depuis ce jour, les vomissements ont continué ; elle précise mal les faits, mais il demeure certain que la malade n'a rendu ni matières ni gaz par l'anus.

Son arrivée dans le service a lieu vers 4 heures du soir.

Son faciès est altéré, mais ne présente pas les caractères de l'algidité, il existe seulement un cercle noir autour des orbites. Elle a toute son intelligence et répond aux questions qui lui sont adressées. Les extrémités ne sont ni froides ni cyanosées; on note seulement un pouls syncope, irrégulier et une certaine gêne de la respiration. T. V. 38°,4.

Le ventre est un peu ballonné et douloureux, surtout quand, en l'explorant, on se rapproche du flanc gauche et du siège de la hernie. La tumeur a le volume d'un œuf de pigeon, elle siège dans la région crurale au lieu habituel des hernies crurales. Elle est assez profondément enfoncée à la racine du membre. Cette tumeur, à la pression, est molle, peu tendue; sa surface paraît lobulée. On peut distinguer un pédicule qui s'enfonce profondément; il est relativement peu douloureux. En résumé, les caractères locaux de l'étranglement herniaire paraissent peu accusés, mais, comme nous le verrons par la suite, cette apparence est insidieuse.

Pendant 3 minutes on essaye un taxis modéré, la malade étant chloroformée, sans aucun résultat. On se dispose alors à pratiquer le débridement.

Ici, une remarque doit être faite sur les difficultés de la chloroformisation. La malade se soumet sans grande résistance à l'inhalation des vapeurs chloroformées qui n'excitent pas l'arrière-gorge; mais, à plusieurs reprises, le pouls et la respiration s'arrêtent. On suspend l'inhalation pendant quelques secondes: les battements du cœur reviennent lentement, faibles et imperceptibles d'abord, irréguliers, puis suffisants. Mais cet accident s'est présenté au moins une dizaine de fois pendant l'anesthésie. On l'a observé deux ou trois fois même pendant la période de tolérance.

L'opération présente les particularités suivantes:

Incision de cinq centimètres, à direction verticale, dépassant le point de pénétration du pédicule. On doit inciser une série de couches adipeuses peu distinctes les unes des autres; on arrive enfin sur une dernière, dont la graisse molle et lobulée est reconnue pour être de la graisse sous-péritonéale. Cet aspect voile en effet le sac qui est immédiatement sous-jacent et dont la paroi se confond par sa partie externe avec cette couche adipeuse.

On pince cependant les membranes et on y fait une petite ouverture en décolant et on incise sur la sonde cannelée. Un flot de liquide séreux et roussâtre s'écoule. On découvre alors au fond du sac la portion d'intestin, ayant le volume d'une grosse noix. Autant qu'on peut en juger à une lumière

insuffisante, elle est un peu congestionnée, mais ses parois ne paraissent pas très œdématisées.

Au niveau du pédicule, étranglement très prononcé, surtout en dedans. On débride par deux petites incisions sur le ligament de Gimbernat. On attire facilement l'anse au dehors, on y constate un sillon circulaire violacé, limitant toute l'épaisseur de l'intestin; elle coupe obliquement la partie droite, côtoye exactement le bord adhérent du mésentère et coupe de la même manière l'intestin du côté opposé. Tout le calibre de l'intestin est donc oblitéré. Cette anse est lavée avec soin avec la solution phéniquée. On explore, à plusieurs reprises, le sillon, surtout au niveau du point d'action du ligament de Gimbernat. Ne trouvant rien d'absolument suspect, on réduit à l'entrée du canal crural et avec douceur. A peine l'avions-nous fait, qu'il s'écoule un liquide grisâtre. Nous sommes assez heureux pour attirer au dehors, dès la seconde tentative, avec une pince, l'anse intestinale perforée. Elle est alors fixée par deux ou trois points de suture à la peau de la paroi abdominale. — Pansement antiseptique.

Une heure après l'opération, la température était de 37° dans l'aisselle; deux heures après, de 38°. Cependant, la malade meurt, dans la nuit, vers une heure du matin.

AUTOPSIE. — Elle a révélé une péritonite généralisée, répandue dans toute la cavité abdominale. Il existe des flocons fibrineux et des adhérences glutineuses entre les anses d'intestin. La partie de l'intestin grêle supérieure au point d'étranglement est dilatée et enflammée, toutes les anses intestinales sont fortement congestionnées; l'épiploon et le mésentère sont aussi épaissis et enflammés.

Dans le petit bassin, on constate environ une cuillerée ou deux de liquide grisâtre, issu des intestins par la petite perforation. Les reins sont dans un état anatomique satisfaisant. Les poumons offrent un peu de congestion dans la partie postérieure et à la base, mais elle est peu accusée et insuffisante pour expliquer la mort.

L'examen du cœur nous révèle une péricardite ancienne, avec adhérence complète de la membrane enveloppante au viscère. Les fibres musculaires de celui-ci sont en état de dégénérescence graisseuse dans les parties sous-jacentes au péricarde. Le débridement paraît avoir porté sur le ligament de Gimbernat incisé d'un 1/2 centimètre à sa partie moyenne.

RÉFLEXIONS. — Cette opération montre combien sont mi-

nimes les chances de réussite dans les opérations de kélomotomie crurale faites le cinquième jour. La perforation du point qui a été le siège de la constriction indique qu'il eût mieux valu ne faire aucune réduction dans l'abdomen. L'avis de M. Verneuil est que, bien que par une recherche minutieuse on ne trouve aucun point suspect, il vaut mieux, lorsqu'une petite hernie crurale a cinq jours d'étranglement, ne pas réduire, se contenter d'un débridement et laisser l'anse en position.

Les lésions déjà avancées qu'on a observées du côté du péritoine existaient déjà au moment de l'opération ; ce fait semble corroborer le précepte du maître. Nous appelons enfin l'attention sur les lésions du péricarde et du cœur : elles expliquent les difficultés de la chloroformisation, les menaces constantes de syncope, malgré l'observation de toutes les règles pendant l'administration de cet anesthésique. A cause de ces quelques particularités, cette observation, quelque incomplète qu'elle puisse paraître, nous a paru digne d'être communiquée à la Société.

22. Emphysème vésiculaire. — Aortite ulcéreuse chronique, avec formation d'une poche anévrysmale entre la trachée et la crosse de l'aorte. — Ouverture trachéale. — Hémoptysie foudroyante ; par M. le D^r A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux, médaille d'or.

Guillaume D., âgé de 33 ans, terrassier, entre, le 20 décembre 1881, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur PETER.

Ce malade réalise le type le plus complet de l'emphysémateux atteint de bronchite aiguë : aspect bombé et dilatation inspiratoire permanente de la poitrine, dyspnée habituelle, redoublant au moindre effort, cyanose de la face, expectoration très abondante, blanche et finement spumeuse, rien ne manque au tableau clinique. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation ne sont pas moins probants, et l'on trouve un tympanisme grave sous-claviculaire et sternal, un mélange d'inspiration humée, d'expiration prolongée, de râles sibilants, ronflants et sous-crépitants partout disséminés.

Rien dans les antécédents qui permette de songer à de la tuberculose pulmonaire, A part les troubles dyspnéiques habituels relevant de son emphysème de vieille date, le sujet est robuste, bien portant, et ne présente ni fièvre, ni

amaigrissement, ni sueurs. Rien non plus qui laisse soupçonner une affection cardio-vasculaire; le cœur n'est pas hypertrophié et ne présente aucune altération de ses bruits à ses différents orifices; pas d'œdème des membres inférieurs. Sous l'influence du repos, des balsamiques, de l'iodure de potassium et des inhalations d'oxygène, une amélioration notable se produisit. L'expectoration, la dyspnée, la toux ne tardèrent pas à diminuer.

Mais, dans les premiers jours de février, de nouveaux incidents se produisirent. Presque chaque jour, et surtout le soir, le malade se plaignait d'une gêne profonde, sourde, mal définie, presque d'une douleur, qu'il localisait à la partie tout à fait inférieure du cou, derrière la poignée du sternum. En même temps, se montraient des quintes terribles de toux, que rien presque ne pouvait enrayer. Aucune altération de la voix; du reste, aucun signe de compression profonde.

Du 5 au 10 février, l'expectoration se modifie. Tout en restant très abondante, très spumeuse, elle perd sa coloration blanche pour devenir nettement sanguinolente. L'aspect qu'elle revêt est tout spécial et diffère nettement et des crachats rouillés de la pneumonie, et des crachats hémoptoïques et plus ou moins foncés de l'apoplexie pulmonaire. Il semble ici que l'expectoration de la bronchite emphysémateuse soit simplement teintée par le suintement incessant d'un sang rutilant en un point quelconque des voies aériennes. En outre, la toux devient de plus en plus quinteuse et fréquente, et vraiment hors de proportion avec les signes fournis par l'auscultation.

Enfin, le 11 février, à 5 heures du soir, à la suite d'une quinte de toux encore plus prolongée que de coutume, le malade devient tout à coup anxieux, se plaint de quelque chose qui, dit-il, le prend à la gorge et l'étouffe; un instant après, un flot de sang jaillit par la bouche et les fosses nasales, inonde le lit, et amène la mort en quelques minutes à peine.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve les deux poumons en état de dilatation inspiratoire maximum, aussi gonflés que si on avait lié la trachée après les avoir insufflés, ou injecté dans les bronches un liquide coagulable. A la coupe, leur parenchyme est à la fois ferme et élastique, coloré en rose clair. Mais, sur ce fond uniforme, se détachent partout, de la base au sommet, d'innombrables nodules d'un rouge sombre, régulièrement semés, pisiformes, et d'aspect grenu. Partout ces différents foyers

d'apoplexie lobulaire se montrent identiques dans leur forme et leurs rapports; tous sont évidemment du même âge. Les bronches contiennent partout en abondance du sang noir, à demi fluide et mélangé de spume bronchique.

Le cœur présente une légère hypertrophie de son ventricule gauche. L'aorte, incisée méthodiquement, ne montre pas tout d'abord la dilatation anévrysmale que l'on s'attendait à trouver. Son calibre est partout normal, sa tunique interne ne présente que des lésions assez discrètes et superficielles d'aortite chronique, plaques jaunes, plaques rosées, sans dépôts calcaires ni ulcération en activité. Mais, en y regardant de plus près, on voit que, immédiatement au-dessous de l'origine du tronc artériel brachio-céphalique, de la carotide primitive et de la sous-clavière gauche, la paroi postérieure de l'aorte présente trois orifices superposés dans le sens vertical et peu espacés entre eux. Les deux orifices supérieurs sont arrondis, d'un demi-centimètre de diamètre et percés comme à l'emporte-pièce, sans que leurs bords paraissent plus profondément altérés que les parties avoisinantes de l'artère. L'orifice inférieur est plus petit, taillé en bec de flûte, à embouchure oblique de haut en bas et d'avant en arrière; il semble ne conduire que dans un petit cul-de-sac de 4 à 5 millimètres de profondeur.

En incisant la trachée le long de sa paroi postérieure, on voit que la face antérieure de ce conduit est refoulée par une tumeur qui, elle-même, est largement ulcérée. La tumeur en question atteint le volume d'une petite noix environ; elle occupe l'extrémité inférieure de la trachée, un peu à gauche de la ligne médiane, au-dessus et dans l'axe de l'origine de la bronche gauche.

A son centre et sur sa partie la plus saillante, cette tumeur présente une longue solution de continuité, oblique elle aussi de haut en bas et un peu de droite à gauche, longue de 28 millimètres. A ce niveau, les cartilages et la membrane fibreuse qui les unit sont largement sectionnés, et, entre les bords de la plaie, on aperçoit des caillots cruriques.

Une coupe transversale, passant par les deux perforations aortiques, permet de juger encore mieux des rapports réciproques des parties. On voit qu'entre l'aorte et la partie inférieure gauche de la trachée, il existe un véritable sac, parfaitement limité par une membrane conjonctive épaisse et feutrée, contenant dans son intérieur des couches fibrineuses stratifiées et superposées sur une épaisseur de plus de un centimètre, et communiquant largement avec la

trachée par la déchirure verticale que nous avons décrite.

Mentionnons enfin une infiltration noire abondante des ganglions trachéo-bronchiques. Rien de notable dans les autres organes.

RÉFLEXIONS. — Les faits du genre de celui que nous venons de rapporter nous paraissent exceptionnels, et, en même temps, assez difficiles à interpréter. Sous quelle influence, par quel mécanisme pathologique une aortite, partout ailleurs superficielle et médiocrement intense, devient-elle, en un ou plusieurs points, ulcéreuse et perforante? Nous ne saurions le dire. Il ne s'agit pas ici, en effet, à proprement parler, d'anévrysme de l'aorte, mais bien d'une perforation double des parois de ce vaisseau, avec formation secondaire d'un véritable anévrysme faux consécutif, inter-trachéo-aortique, qui, dans une dernière étape, est venu s'ouvrir dans les voies respiratoires. Tout au plus, comme point de départ de cette série de lésions, pourrait-on peut-être songer à incriminer l'infiltration charbonneuse des ganglions trachéo-bronchiques; de même qu'à l'occasion, cette lésion ganglionnaire peut amener des diverticules de traction, puis, des perforations trachéales ou bronchiques, ainsi que l'ont montré les recherches de Zahn et d'Eternod, de même ici il y aurait eu usure et ulcération de dehors en dedans des parois vasculaires. Mais, ce n'est là qu'une pure hypothèse, dont l'autopsie même ne nous a pas fourni la démonstration.

Séance du 24 mars 1882.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Athéromasie et dilatation cylindrique de la crosse de l'aorte. — Anévrysme de l'artère sous-clavière ; compression du plexus brachial ; atrophie musculaire du membre correspondant. — Mort ; par le Dr A. CHAUFFARD, interne, médaille d'or des hôpitaux.

Léon Leroy, âgé de 57 ans, entre le 25 février 1882 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. PETER.

Antécédents héréditaires, nuls. Antécédents personnels : syphilis à l'âge de 25 ans. Alcoolisme ancien et motivé, dit le malade, par les fatigues très grandes du métier de démenageur, métier qu'il a toujours exercé. Pas de rhumatisme. Dès l'âge de 18 ans, le malade a commencé à avoir des palpitations cardiaques, et n'a cessé depuis d'en éprouver à la suite des exercices de force, des fatigues et des marches trop prolongées.

Il y a 18 mois environ, c'est-à-dire vers la fin de l'été de 1880, se montrèrent peu à peu dans le membre supérieur droit des douleurs très vives, tantôt sourdes, tantôt peroxystiques et lancinantes, et occupant les régions scapulaire et sus-claviculaire, pour de là irradier dans toute la longueur du bras. Peu après, la force musculaire du bras droit subit une diminution croissante, assez prononcée, depuis huit mois, pour causer une gêne très grande des mouvements et accompagnée d'atrophie musculaire notable.

Actuellement, Léon Leroy est un homme profondément amaigri, usé, presque cachectique, d'une pâleur extrême, pouvant à peine se lever et marcher sans éprouver aussitôt des palpitations, des vertiges, des lipothymies. L'examen du membre supérieur droit, sur lequel l'attention est immédiatement attirée, donne les résultats suivants :

Motilité. Diminution considérable de la force musculaire ; tandis que, dans la main gauche, l'aiguille du dynamomètre marque 50, à droite, elle n'est même pas déviée. Il n'y a cependant pas de paralysie proprement dite ; le malade peut imprimer au membre des mouvements de totalité, l'élever presque jusqu'à l'horizontale, mais il est si faible

qu'il ne pourrait ni soulever
 ni exécuter les mouvements précis
 d'écriture, ou pour se servir à
 échapper ce qu'il veut prendre.
 La puissance fonctionnelle, due en
 partie à la musculature du bras droit. Celle-
 ci a pour caractères principaux
 le membre supérieur droit, d'être
 très avancée.

Presque complète des éminences
 de la main, mais le pouce n'est
 pas resté accolé aux autres métacar-
 paux. La mensuration périphérique
 donne 21 cent. à droite et 22 cent.
 à gauche. 22 cent. à droite, 24 cent. à
 gauche. 26 cent. à droite, 26 cent. à gauche. A
 l'apex du deltoïde, des muscles sus et sous-
 scapulaires, et surtout des pectoraux, dont
 le pectoral est remplacé par une excavation en forme
 de cuvette. Dans ces différentes régions, les muscles
 sont mous et flasques à la palpation,
 mais à l'occasion brusque une contraction mus-
 culaire affaiblie et douloureuse. Pas de con-

tractilité des muscles atrophiés est
 à se produire, mais cependant nettement.
 La contractilité galvanique n'a pu être
 obtenue. Le côté gauche, intégrité de la main, de
 l'avant-bras et du bras. Peut-être un peu d'atrophie com-
 plexe des pectoraux et des muscles du moignon de

la main. Fourmillements digitaux, douleurs sour-
 des dans le bras et l'avant-bras, mais bien moins intenses
 qu'au début de la maladie. Sensibilités cuta-
 nées, à la douleur, à la température, conser-
 vées un peu obtuses et retardées. Sensation cons-
 tante de froid dans tout le membre supérieur droit et diffé-
 rence de 1° entre les températures cutanées des
 deux mains. Pas de troubles trophiques ; pas d'adipose
 atrophie.

Circulation. Hypertrophie considérable du
 cœur, dont la pointe bat dans le 6° espace intercostal,
 hors de la ligne mamelonnaire. A la base, la percus-
 sion dénote une dilatation cylindrique de la crosse de
 l'aorte et donne, pour les gros vaisseaux, 9 cent. de ma-
 jor diamètre à l'origine de l'aorte, 7 cent. au niveau de

la poignée du sternum. A l'auscultation, au foyer aortique, gros double souffle, rugueux au premier temps, prolongé et aspiratif pendant la diastole du cœur. A la pointe, on ne distingue pas de souffle né sur place, on n'entend que le retentissement lointain des souffles de la base.

Le poulx présente, du côté gauche, tous les caractères de l'athérome et de l'insuffisance aortique ; choc brusque et très bref, pulsation intense, saccadée, rétrocedante ; au sphymographe, longue ligne verticale d'ascension, crochet terminal suivi d'un plateau en forme de dôme, ligne de descente très oblique et dicrote. Du côté droit, le poulx fait complètement défaut, et à peine sent-on sur l'humérale une faible pulsation.

Au côté droit du cou, la vue et surtout la palpation permettent de reconnaître la présence d'une tumeur occupant le plan profond du triangle sus-claviculaire, en arrière du faisceau externe du sterno-mastoïdien. Cette tumeur est un peu aplatie, du volume d'une mandarine environ ; elle est indolente, lisse, régulière, ferme et rénitente à la pression, sans fluctuation nette ; elle paraît, à chaque systole cardiaque, faiblement mais nettement expansive, et laisse entendre sous le stéthoscope un léger souffle systolique qui n'est peut-être que le retentissement affaibli du premier souffle aortique.

L'appareil pulmonaire paraît sain ; du côté gauche cependant, le murmure vésiculaire est rude et presque soufflant, comme s'il y avait une faible compression de la bronche correspondante. Le ventre est aplati, d'une sensibilité douloureuse à la palpation. L'estomac paraît notablement dilaté. Urines normales, sans polyurie ni albumine.

Pendant les quinze jours où le malade a vécu dans le service, il n'a cessé de s'affaiblir et de tomber dans une cachexie croissante. Il a cessé de manger, est devenu gâteux et à moitié imbécile ; la faiblesse est devenue si grande, que non seulement la marche, mais le fait seul de s'asseoir sur le lit détermine des vertiges et des syncopes. Le 12 mars, le malade s'éteint, sans phénomènes nouveaux.

AUTOPSIE. — Le cerveau, la bulbe et la moelle sont dans un état extrême de pâleur et d'ischémie vasculaire. Pas de lésions appréciables du reste ; les gros vaisseaux de la base présentent seulement quelques plaques peu saillantes d'endartérite.

Hypertrophie notable du cœur, surtout aux dépens du ventricule gauche, dont les parois présentent 22 millimè-

tres d'épaisseur. Dilatation cylindrique et régulière de toute la crosse aortique, diminuant peu à peu au-dessous de la bronche gauche.

La mensuration cadavérique permet de retrouver les dimensions exactes que la percussion sternale avait indiquées pendant la vie. Après avoir incisé l'aorte dans toute sa longueur, on constate que les parois sont semées irrégulièrement de plaques d'endartérite, arrondies, légèrement saillantes, jaunes ou grisâtres, mais n'ayant pas encore subi la transformation crétacée. Dans la cavité vasculaire, depuis l'orifice artériel jusqu'au sommet de l'aorte thoracique, on trouve des caillots fibrino-cruoriques, irrégulièrement cylindriques, non adhérents aux parois, et se prolongeant dans le tronc artériel brachio-céphalique.

Les valvules sygmoïdes sont inaltérées, et l'anneau qui les supporte simplement dilaté, d'où le double soufflé constaté pendant la vie. La valvule mitrale est saine. Le tronc artériel brachio-céphalique est dilaté et présente environ le volume du doigt. La poche anévrysmale, qui faisait saillie dans le triangle sus-claviculaire, est constituée par l'extrémité du tronc brachio-céphalique et surtout par l'origine de la sous-clavière droite. Le sac ainsi formé est globuleux, un peu aplati de dehors en dedans ; il présente 6 cent. de hauteur, $4\frac{1}{2}$ d'épaisseur et $6\frac{1}{2}$ dans le sens transversal. En avant, il est recouvert par les plans superficiels de la région, et en partie par le faisceau claviculaire du sterno-mastoidien. En arrière, il est accolé et adhérent aux troncs d'origine du plexus brachial et les comprime contre la colonne cervicale. Pour le détacher des corps vertébraux auxquels il est appliqué, il faut une véritable dissection. La veine sous-clavière et axillaire est libre et nullement comprimée.

Une fois isolé, le sac anévrysmal est ferme et résistant, ce dont on se rend facilement compte après l'avoir isolé. Ses parois sont, en effet, tapissées d'une couche serrée et homogène de caillots fibrineux stratifiés, épaisse de 1 centimètre environ. Quant à la cavité centrale, elle est presque oblitérée par des caillots cruoriques, d'apparence spongieuse et réticulée, rappelant un peu l'enchevêtrement des cordages musculaires de la pointe du cœur.

Immédiatement au-dessous du sac, l'artère axillaire prend naissance avec son volume et son aspect normal. Les nerfs du plexus brachial ne présentent aucune lésion appréciable à l'œil nu. Les muscles atrophiés présentent une simple diminution de volume, mais ils ont conservé leur teinte rosée et leur consistance normale.

Les poumons sont emphysémateux et soudés des deux côtés à la plèvre pariétale. L'estomac est très dilaté. Les reins, le foie paraissent peu altérés. Il n'existe pas d'athérome des artères rénales ni de néphrite interstitielle. Les nerfs et les muscles du membre atteint d'amyotrophie, ainsi que la moelle, seront soumis ultérieurement à l'examen histologique.

24. M. BRODEUR montre une *pachyméningite hémorragique de la voûte crânienne*, trouvée à l'autopsie d'un ataxique.

25. M. BALLET présente un cas de *méningite tuberculeuse* nettement circonscrite au *lobe paracentral*. La plaque méningitique formée de tubercules conglomérés, coiffe en quelque sorte la partie supérieure de la pariétale ascendante. Les parties avoisinantes sont parfaitement saines. La malade avait eu pendant six semaines une monoplégie limitée au membre inférieur, avec deux attaques d'épilepsie partielle. A la troisième attaque, la paralysie du membre supérieur s'était ajoutée à celle de la jambe; pas de paralysie faciale. Il n'existait aucun trouble de la sensibilité.

M. CHARCOT dit avoir vu l'année dernière un cas de monoplégie du membre inférieur chez une vieille femme de son service, à la Salpêtrière. Dans ce cas, on ne constatait non plus aucun trouble sensitif. Il n'y avait pas eu de convulsions épileptiformes. A l'autopsie, on ne trouva d'abord rien d'appréciable à la surface de l'encéphale, mais, en écartant les lèvres de la scissure inter-hémisphérique, on constata à la face interne du lobe paracentral un foyer de ramollissement rouge exactement limité.

M. Charcot ajoute que la symptomatologie des cas de ce genre est tellement nette que l'hésitation ne lui paraît pas permise. Les renseignements fournis par la malade de M. Ballet étaient si caractéristiques, qu'il n'a pas hésité un instant à affirmer l'existence d'une lésion limitée au lobule paracentral.

Il note encore dans cette observation un détail important. Chez cette femme, le bras et l'avant-bras, complètement paralysés, ne pouvaient être soulevés; mais tous les mouvements de la main étaient conservés. Or, d'après le

relevé d'un certain nombre de faits bien observés, le centre absolu, si l'on peut ainsi dire, des mouvements du bras est au niveau du tiers supérieur de la pariétale ascendante ; le centre des mouvements de la main est un peu plus bas. On peut voir, sur la pièce de M. Ballet, que la plaque de méningite est exactement limitée à la partie supérieure de la circonvolution, les parties moyenne et inférieure étant absolument saines.

Enfin, en ce qui concerne la sensibilité, cette observation est en contradiction avec les conclusions de Schiff et Munk, qui affirment que les troubles sensitifs accompagnent constamment les troubles moteurs dans les lésions de la zone motrice corticale, et qu'il ne s'agit dans les paralysies d'origine corticale que de troubles de la sensibilité musculaire simulant une paralysie. Il est possible qu'il existe des troubles sensitifs dans les lésions de la zone motrice, mais ils ne sont pas constants, et il reste à déterminer dans quelles conditions ils se produisent. Vouloir subordonner la pathologie humaine à des lois formulées d'après l'expérimentation chez le singe ou le chien, comme le décrètent actuellement Munk et Wernick, est une pétition inadmissible. L'observation clinique, après tout, vaut une expérience physiologique, et le physiologiste qui fait une lésion chez le singe se crée un problème dont la solution est aussi difficile et l'interprétation aussi délicate que l'interprétation d'un fait pathologique observé chez l'homme.

M. HANOT fait remarquer que l'observation de M. Ballet est la reproduction identique d'un fait présenté dans la dernière séance par M. Jean.

26. M. QUEYRAT présente un *carcinome* développé dans un vieux sac herniaire ombilical, chez une femme atteinte de cancer utérin avec hydronéphrose d'un rein par compression de l'uretère.

27. M. CAPITAN présente un *kyste hydatique* du poumon.

28. Examen histologique des lésions de l'ongle dans la pustule de variole sous-unguéale ; par M. SUCHARD, interne des hôpitaux.

J'ai montré, dans une communication précédente, quels étaient les caractères histologiques de l'onxyxis développé au voisinage du mal plantaire perforant. Cet onxyxis étant une inflammation généralisée dans toute l'étendue de la matrice et du corps muqueux de l'ongle, je me suis proposé de savoir si une inflammation ne portant que sur un point limité de la matrice ou du lit de l'ongle s'accompagnait des mêmes modifications de structure.

J'ai pour cette raison examiné les pustules sous-unguéales d'une variole discrète. J'ai pu constater, sur la coupe d'une pustule située au niveau de la matrice de l'ongle, que, partout où le corps muqueux était enflammé, le stratum granulosum renfermait non plus la substance onychogène découverte par M. Ranvier, mais bien de l'éléidine, substance qui, d'après les recherches du même auteur, coïncide toujours avec la kératinisation épidermique. A la périphérie de la pustule, l'ongle persistait avec tous ses caractères et l'on retrouvait très nettement à ce niveau, dans le stratum granulosum de son lit et de sa matrice, de la substance onychogène.

Il se produit donc dans ce cas, comme dans celui que j'avais précédemment examiné, de l'épiderme corné au lieu d'ongle au point enflammé. Cet épiderme corné est enlevé par les frottements, au lieu que l'ongle véritable de la périphérie de la pustule ne s'altère pas. Ainsi s'explique le mode de formation des pertes de substance unguéales qui, même après la guérison de la variole, peuvent subsister plus ou moins longtemps, et qui sont en quelque sorte l'histoire écrite de la maladie.

Cette observation montre de plus, que, dans un onxyxis localisé aussi bien que dans un onxyxis généralisé, les cellules du corps muqueux de l'ongle subissent une kératinisation épidermique, et tendent sous l'influence de l'inflammation à revenir à un type plus simple que celui qu'elles affectent à l'état normal.

29. Cancer de la peau du dos avec généralisation aux ganglions du creux de l'aisselle ; par M. SUCHARD, interne des hôpitaux.

La malade qui fait le sujet de cette observation fut présentée à M. le professeur VERNEUIL au mois de mars 1881.

A ce moment, elle portait sur la peau du dos, au niveau de la partie moyenne de l'omoplate, une tumeur de la grosseur d'une noix; cette tumeur étant pédiculisée et ulcérée, M. Verneuil l'enleva avec une chaîne d'écraseur, et appliqua, au niveau du point d'insertion du pédicule, un caustique à la pâte de Vienne. L'eschare tomba quelque temps après, et la malade put se croire guérie pendant 9 mois. Au mois de décembre 1881, la cicatrice se souleva et on vit apparaître une nouvelle tumeur sous la peau cicatrisée. En même temps, la malade accusait une douleur vive dans l'aisselle. La malade fut examinée de nouveau au mois de mars 1882 et M. Verneuil constata, outre la récurrence de la tumeur primitive, la présence d'une véritable chaîne de cordons indurés et noueux, reliant la tumeur aux ganglions axillaires indurés eux-mêmes et très volumineux.

Nouvelle opération le 12 mars. Excision au bistouri de la tumeur avec ses dépendances, les ganglions axillaires, et la peau qui recouvrait le tout. On enleva ainsi un lambeau de peau large de 8 centimètres, long de 30 centimètres, et, avec cette portion du tégument, la tumeur reliée aux ganglions par des cordons de vaisseaux lymphatiques renfermant sur leur trajet un grand nombre de noyaux indurés. Malgré cette perte de substance considérable, la cicatrisation s'effectue sans accident jusqu'ici.

Examen de la tumeur. Tumeur indurée, blanchâtre, adhérent à la peau; grisâtre à la coupe. Par le raclage de la coupe, on obtient un suc blanchâtre qui, examiné au microscope, paraît formé d'un liquide purulent renfermant un grand nombre de cellules de forme et de grandeur variables. Les coupes de la tumeur montrent qu'elle est formée par un stroma conjonctif dans lequel on peut apercevoir, en de certains points, des tubes très hypertrophiés de glandes sudoripares. Mais, dans beaucoup d'autres points, ce stroma est nettement carcinomateux, et dans ses interstices se trouvent un grand nombre de cellules de forme variable. L'épiderme est aminci, mais nullement altéré. L'examen des ganglions et des noyaux indurés donne des résultats analogues. Même suc blanc au raclage des coupes. Après durcissement, on voit à l'examen microscopique des coupes des ganglions qu'ils sont formés par un stroma dont les mailles, de différentes grandeurs, renferment un grand nombre de cellules volumineuses. La tumeur est donc un carcinôme du derme généralisé aux ganglions axillaires, à la périphérie duquel se trouvent, comme cela s'observe très souvent, quelques points d'épithélioma tubulé des glandes sudoripares.

30. Rapport sur la candidature de M. Sabourin au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. BRISAUD.

Parmi les présentations de M. Sabourin à la Société anatomique, je relèverai seulement trois observations de lésions cérébrales fort intéressantes.

1° Dans un cas, il s'agit d'une femme de 76 ans atteinte d'hémiplégie gauche. A l'autopsie, on trouva un foyer occupant le siège classique sur la capsule externe dans l'hémisphère droit. Mais, et c'est là le point important de l'observation, il y avait sur l'hémisphère gauche un vaste ramollissement cortical détruisant une grande partie des régions situées en arrière de la zone motrice. Ce vaste foyer ne répondait à aucun phénomène paralytique du côté opposé.

2° Dans un second cas, il s'agit d'une femme de 80 ans, morte d'accidents cardio-pulmonaires, et n'ayant présenté avant sa mort aucun affaiblissement des membres. L'autopsie montra un psammôme gros comme une noix, logé à la face interne du lobe frontal gauche, dans l'épaisseur de la première circonvolution frontale et au milieu de son trajet horizontal. La tumeur refoulait très profondément le tissu cérébral sur une épaisseur de deux centimètres et demi.

3° Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 74 ans, atteinte de paralysie brachiale et faciale du côté droit. A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un foyer large comme une pièce de deux francs, placé à cheval sur le sillon qui sépare le lobule du pli courbe de la circonvolution pariétale ascendante. La partie moyenne de cette dernière était profondément détruite.

Ces trois observations viennent à l'appui de la doctrine des localisations corticales du cerveau, les deux premières par leur caractère négatif, la dernière par son caractère affirmatif. Recueillis en 1876, à la Salpêtrière, à l'époque où les localisations cérébrales étaient à l'ordre du jour, ces faits ont apporté une importante contribution à cette question si intéressante.

31. Rapport sur la candidature de M. Suchard au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. MALASSEZ.

M. Suchard a fait à notre Société les communications suivantes : 1° Examen histologique d'un doigt d'enfant

atteint d'ainhum (2 décembre 1881). 2° Examen histologique d'un myxôme de la grande lèvre (3 février 1882). 3° Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage d'un mal perforant (3 mars 1882). 4° Examen histologique des veines et des varices cutanées dans un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire (10 mars 1882).

Permettez-moi de vous rappeler seulement l'une d'elles, celle qui a trait aux lésions de l'onyxis.

On sait que dans l'épiderme cutané, les cellules de la couche muqueuse de Malpighi, arrivées par suite à une certaine distance du derme, deviennent granuleuses. M. Ranvier a fait remarquer que le début de cette transformation coïncidait avec l'apparition, dans l'intérieur des cellules, d'une substance particulière qu'il a appelée l'éléidine, laquelle disparaît ensuite au fur et à mesure que les cellules épithéliales se cornifient ou se kératinisent. On sait aussi que l'ongle provient, comme la couche cornée de l'épiderme, d'une transformation des cellules de la couche muqueuse de Malpighi situées au niveau de la matrice et du lit de l'ongle; et M. Ranvier a montré que, là encore, il apparaissait une substance spéciale, mais toute différente de l'éléidine. Sur les coupes provenant de pièces durcies dans l'alcool et colorées au picrocarminate, l'éléidine se présente sous forme de gouttelettes d'apparence huileuse et colorées en rouge par le carmin; tandis que, dans les mêmes conditions, la substance onychogène a la forme de granulations solides et de couleur brunâtre. La cornification et l'unguification de l'épithélium cutané, tout en présentant des étapes semblables dans leur évolution, sont donc bien différentes au fond. Or, et c'est encore à M. Ranvier que nous devons la connaissance de ce fait, toutes les fois qu'il existe un certain degré d'irritation épidermique : voisinage des pustules varioliques et de mal plantaire, revêtement des papillômes cutanés, etc., l'éléidine se produit en surabondance, la cornification est plus active. Que se produit-il au niveau de l'ongle dans les mêmes circonstances? Eh bien, c'est ce que M. Suchard nous a appris.

Dans un cas d'onyxis consécutif à un mal perforant plantaire, examiné par lui, il n'existait plus de substance onychogène, et, fait curieux, elle était remplacée par de l'éléidine en très grande abondance. Voulant voir si c'était là un fait spécial de cette sorte d'onyxis, il s'est mis à en rechercher et à en examiner d'autres : onyxis développé au voisinage d'une tumeur blanche, onyxis syphilitique, pustules varioliques sous-unguéales, psoriasis unguéal;

dans tous, M. Suchard a constaté les mêmes faits. Il semble donc prouvé que toute irritation, quelle que soit d'ailleurs sa cause, portant sur la matrice ou le lit de l'ongle, amène une modification profonde dans les phénomènes de transformation que présente l'épithélium de ces régions ; il ne se forme plus de substance onychogène, il se forme de l'éleïdine comme sur les autres points des téguments externes ; ce n'est plus de l'ongle qui se produit, c'est tout simplement de l'épithélium corné. Ainsi s'expliqueraient ces altérations de forme, d'aspect et de consistance que présentent les ongles enflammés, altérations localisées si l'inflammation a été localisée ; altérations étendues de l'ongle entier si l'inflammation a porté sur toute la matrice et tout le lit.

Enfin, quand l'inflammation a cessé, et M. Suchard l'a constaté sur un ongle repoussant après un onyxis simple et ayant tous les caractères d'un ongle normal, ce n'est plus de l'éleïdine que l'on trouve dans les cellules superficielles de la couche muqueuse de Malpighi, c'est de la substance onychogène comme à l'état normal. Ce fait, contre-partie des précédents, constitue comme une preuve aux idées précédemment exposées.

Ce balancement organique entre l'ongle et l'épiderme corné, si curieux, si inattendu, n'est pas cependant un phénomène exceptionnel, sans analogues. L'anatomie pathologique et même l'anatomie comparée, nous en montrent de semblables.

On voit, en pathologie, des cellules, très spécialisées dans leurs formes et dans leurs fonctions, être remplacées, sous l'influence d'un certain degré d'inflammation, par des cellules moins différenciées. C'est ainsi, par exemple, que dans l'épididymite, les cellules à cils vibratiles, qui tapissent les conduits épидидymaires, sont remplacées par de simples cellules cylindriques ou cubiques et que l'inflammation cessant, les cellules à cils vibratiles réapparaissent. Or, ici, on peut considérer les cellules de revêtement cutané qui s'anguifient comme plus spécialisées que celles qui donnent simplement lieu à la couche cornée de l'épiderme ; rien d'étonnant alors, que, par suite d'un certain degré d'inflammation, celles-ci remplacent celles-là ; cela rentre dans la loi générale. Enfin, l'anatomie comparée nous apprend que, dans ce qui correspond à nos ongles chez les animaux, la substance cornée et la substance unguéale peuvent se remplacer l'une l'autre.

En dehors de notre Société, M. Suchard a publié d'autres travaux non moins intéressants. 1° Dans les *Annales de*

dermatologie et de syphilis, l'examen histologique d'un cas de sycosis non parasitaire généralisé. 2° Dans ce même recueil, et en collaboration avec M. Cornil, une note sur le siège des parasites dans la lèpre. 3° Dans les *Archives de physiologie*, en collaboration avec M. Weber, un travail sur la disposition en piles qu'affectent les globules rouges du sang.

J'ajouterai que M. Suchard est interne de quatrième année, qu'il est répétiteur à l'Ecole pratique des hautes études. Et ses titres comme ses travaux doivent nous engager à accueillir favorablement sa candidature.

32. ÉLECTIONS. — MM. SABOURIN, NETTER, SUCHARD sont nommés membres adjoints de la Société. — M. BRISSAUD est nommé membre titulaire.

33. Pleurésie purulente enkystée. — **Péricardite**, par M. RICHARDIÈRE, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique proviennent d'une malade morte dans le service de M. EMPIS. Il s'agit d'une pleurésie purulente enkystée occupant toute la partie antérieure de la plèvre gauche et refoulant le poumon à la partie postérieure du thorax. L'épanchement purulent pouvait être évalué à 700 ou 800 grammes. La poche était exactement circonscrite, étendue de la partie moyenne du sternum à la ligne axillaire. Elle était doublée de fausses membranes épaisses, légèrement villeuses. Ce qui a fait l'intérêt de cette autopsie, c'est que la poche purulente pleurale masquait complètement la péricarde et y avait développé une inflammation intense dont les symptômes ne purent qu'être soupçonnés, dissimulés qu'ils étaient par l'interposition de cet empyème entre le cœur et la paroi thoracique. Les poumons étaient sains.

Nous n'avons pu découvrir la cause de la purulence de l'épanchement pleural. Il était développé probablement depuis déjà deux mois quand la malade est entrée à l'hôpital. Peut-être faut-il incriminer l'alcoolisme.

Au moment de son entrée à la salle Sainte-Anne, notre malade se plaignait surtout d'oppression constante et d'accès d'étouffement. Elle était amaigrie, avec la face terreuse. Le soir, elle avait un léger mouvement fébrile. L'examen de la poitrine et du cœur ne nous rendaient d'ailleurs pas complètement compte de cette oppression si constante et si pénible. Il existait en avant et à gauche une matité com-

plète occupant toute la partie antérieure du thorax. A ce niveau, toutes les vibrations vocales étaient abolies. Nous entendions les premiers jours un souffle pleurétique, qui disparaissait bientôt et était remplacé par un silence absolu quant à la respiration.

Les battements du cœur, un peu lointains, étaient cependant nets et réguliers. Partout ailleurs, la percussion et l'auscultation de la poitrine donnaient des résultats négatifs. Le pouls était régulier, un peu petit.

La malade resta un mois à l'hôpital sans présenter d'autres symptômes. Rien de particulier du côté du cœur. Elle se plaignait toutefois plus vivement chaque jour de ses oppressions, quand un soir elle mourut subitement d'une syncope. — Dans les derniers jours de sa vie, un abcès s'était formé à la partie antérieure du thorax, abcès qui resta d'ailleurs sans communication avec l'épanchement purulent.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a semblé intéressante en raison des difficultés cliniques qu'a présentées le diagnostic complet de la maladie. Et tout d'abord, rien dans les symptômes physiques et rationnels ne pouvait faire présager la purulence de l'épanchement. Quant à la péricardite, on ne pouvait que la soupçonner, en raison de la dyspnée intense peu en rapport avec l'étendue de l'épanchement.

Séance du 31 mars 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

34. Mal de Pott sous-occipital. — Luxation de l'apophyse odontoïde. — Compression du bulbe. — Mort subite; par M. C. GRAUDEAU, interne des hôpitaux.

Le nommé Ducoroy Emile, âgé de 24 ans, gardien de la paix, entre le 22 février 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, lit n° 10, dans le service de M. le professeur HAYEM.

Cet homme ne présente aucun antécédent héréditaire, lui-même a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois

de septembre 1881. A cette époque, il se forma au niveau de l'extrémité interne de sa clavicule droite un abcès ossifluent qui s'ouvrit spontanément au mois de novembre, et qui depuis a continué à suppurer. Un stylet introduit dans le trajet fistuleux permet d'arriver sur l'os malade, qui est rugueux et dénudé; l'articulation sterno-claviculaire est saine.

Au mois d'octobre 1881, le malade fut pris d'un torticolis qui n'a fait qu'augmenter depuis ce jour, et de céphalalgie occupant tout le côté droit de la tête; quelque temps après, apparurent des fourmillements, de l'engourdissement dans les membres inférieurs, les membres supérieurs restant sains. Enfin, depuis le mois de janvier 1882, dysphagie sans cesse croissante.

Etat actuel. Le malade, très amaigri, pâle, tient sa tête à deux mains et évite de lui faire exécuter des mouvements de rotation; aussi, quand on lui parle, il se tourne tout d'une pièce, sa tête inclinée sur l'épaule gauche et en rotation vers la droite. En arrière, il n'existe aucune déformation au niveau des apophyses épineuses; mais la pression sur la ligne médiane au-dessous de l'occipital fait naître une douleur vive qui s'irradie dans tout le côté droit du cou et de la tête; indépendamment de cette douleur provoquée, il en existe une spontanée, continue, siégeant dans les mêmes régions et ayant tous les caractères des douleurs névralgiques.

La déglutition est presque impossible; la voix nasonnée; le passage de l'air ne peut se faire par les narines; l'ouverture de la bouche est assez difficile, cependant on arrive à constater au niveau de la paroi postérieure du pharynx une surface rouge, convexe, tendue, qui repousse en avant le voile du palais, descend jusqu'au niveau de la base de la langue, mais dont on ne peut apercevoir la limite supérieure. Le toucher permet de constater qu'il s'agit là d'une tumeur molle, fluctuante et douloureuse à la pression, en un mot, tous les caractères qui appartiennent aux abcès rétro-pharyngiens. La motilité est intacte; les fourmillements qui existaient il y a quelques mois ont cessé.

Les ganglions inguinaux, axillaires et sous-maxillaires sont engorgés et roulent sous le doigt. Le malade tousse depuis plusieurs mois, son expectoration est nummulaire; à l'examen de la poitrine, on trouve de la matité dans tout le côté droit, de la diminution des vibrations thoraciques ainsi que du souffle caverneux du même côté; à gauche, des râles sous-crépitants dans toute la moitié supérieure du

poumon. Bouillon, lait; injections sous-cutanées de morphine.

24 février. Douleurs très vives dans la tête, dysphagie très prononcée; alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne.

26 février. Insomnie occasionnée, par la céphalalgie. Suspension de l'alimentation à la sonde œsophagienne à cause des douleurs que son introduction produit.

2 mars. Pas de troubles de sensibilité ni de motilité, mais affaiblissement général; application d'un collier de gutta-percha.

4 mars. Engourdissements, fourmillements dans les membres supérieurs, collier très mal supporté.

7 mars. Paralyse presque complète du membre supérieur droit, mais sensibilité conservée de ce côté. A gauche, anesthésie dans le membre supérieur et dans le membre inférieur. La sensibilité est intacte des deux côtés à la face.

9 mars. Le malade enlève son collier.

10 mars. Mort subite à l'occasion d'un changement de position.

AUTOPSIE. — Au niveau de la partie supérieure du cou, en arrière, on trouve entre les muscles de la nuque une masse caséeuse jaunâtre qui les infiltre et qui se prolonge jusqu'à l'axis et à l'atlas, au niveau desquels elle semble prendre naissance. En avant, il existe entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, une poche pleine de pus qui remonte jusqu'au voisinage de l'apophyse basilaire et descend jusqu'à la sixième vertèbre cervicale. La paroi de cet abcès est peu épaisse; sa surface interne est grisâtre, irrégulière, sa surface externe se continue avec les lésions voisines.

Après avoir enlevé l'arc postérieur de l'atlas et l'apophyse épineuse de l'axis ainsi que la moelle et le bulbe, on constate que l'apophyse odontoïde fait une saillie considérable dans l'intérieur du canal rachidien, le ligament en T est rompu au niveau de ses attaches avec le sommet de l'apophyse odontoïde et le ligament transverse de l'atlas a complètement disparu. La rupture de ces deux ligaments explique la luxation de l'apophyse odontoïde en arrière et la mort subite qui en a été la conséquence. Du côté de l'axis, on constate en outre le relâchement des ligaments qui l'unissaient à l'atlas et la disparition du cartilage articulaire qui revêt à l'état normal ses apophyses articulaires. Du côté de l'atlas, même altération sur la face inférieure d

ses masses latérales; de sorte que toutes les articulations atloïdo-axoïdiennes baignent dans le pus. L'articulation occipito-atloïdienne du côté gauche est pleine de pus, les surfaces osseuses qui la composent sont dépourvues de cartilage, friables, les aréoles osseuses sont dilatées et pleines de tissu fongueux; celle de droite est saine.

La *dure-mère*, au niveau de la partie inférieure du bulbe et des quatre ou cinq premières vertèbres verticales, est rouge et épaissie; au niveau de l'espace qui sépare l'atlas de l'axis surtout, sa face externe est tapissée de tissu fongueux, jaunâtre (pachyméningite externe caséeuse), sa surface interne est lisse et sans vascularisation anormale. L'arachnoïde et la pie-mère paraissent saines. Sur l'axe bulbo-médullaire, on trouve, à la limite inférieure du bulbe, une dépression qui occupe la face antérieure de l'organe, indice de la compression qui était exercée à ce niveau par l'apophyse odontoïde luxée. Il existe en ce point un défaut de consistance qui doit être rapporté évidemment à la même cause, il semble qu'il y ait là une solution de continuité des fibres nerveuses qu'un examen microscopique ultérieur permettra sans doute de constater. La *moelle*, dans le reste de son étendue, est saine, il en est de même de l'*encéphale*. Les *poumons* sont volumineux, très congestionnés; le droit est recouvert d'une coque fibreuse très épaisse, surtout au voisinage du sommet et de la base. Dans son lobe supérieur, on trouve une caverne du volume d'une noix et des masses caséeuses infiltrées dans le reste de son étendue. Dans le poumon gauche, nombreux foyers de ramollissement de petites dimensions.

Les *ganglions trachéo-bronchiques* sont tuméfiés, ils forment une chaîne non interrompue qui entoure la trachée et se prolonge sur les bronches. A la coupe, ils présentent une surface jaune caséeuse et par places des foyers de suppuration contenant du pus concret.

Les *reins* sont volumineux et présentent une couleur lie de vin, qui occupe également la substance corticale et la substance médullaire. Le *foie* est mou, flasque, gorgé de sang, son tissu est brunâtre. La *rate* pèse 350 gr., son tissu est ferme, couleur lie de vin. Le *cœur* est petit, ferme, le *ventricule gauche* est vide de sang et revenu sur lui-même. Le droit, au contraire, contient une grande quantité de caillots noirs, sa cavité paraît élargie, les valvules sont saines. Le tube digestif est sain.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : 1° A cause du mode de

compression de la moelle qui a été exercée ici par l'intermédiaire de l'apophyse odontoïde, à l'inverse de ce que l'on observe dans les autres régions de la colonne vertébrale où la compression se fait généralement non pas par les parties osseuses mais par la dure-mère épaissie. Il existait bien, à la vérité, chez notre malade, une pachyméningite externe caséuse, mais elle était limitée à la partie postérieure de la dure-mère, tandis que le sillon de compression constaté sur la moelle correspondait à la partie antérieure de l'organe. Il est vraisemblable, toutefois, que la dure-mère épaissie avait refoulé l'axe médullaire en avant et facilité ainsi sa compression sur l'apophyse odontoïde déplacée légèrement. Cette explication fait comprendre l'existence des troubles moteurs et sensitifs constatés pendant la vie. 2° Indépendamment de cette compression lente, graduelle, il s'en est produit une subite déterminée par la luxation en arrière de l'apophyse odontoïde, à l'occasion du mouvement brusque fait par le malade. Les débris du ligament en T fixés à l'occipital prouvent en effet que sa rupture était de date récente. 3° La congestion intense des viscères thoraciques et abdominaux, ainsi que la dilatation du cœur droit, montrent que l'on doit rattacher la mort dans ce cas plutôt à l'asphyxie qu'à la syncope.

35. Tuberculose aiguë généralisée. — Paralyse complète suivie de convulsions cloniques du membre supérieur et du membre inférieur droits. — Paralyse du membre supérieur gauche. — Hémiplegie faciale gauche. — Amas de granulations tuberculeuses au niveau : 1° du tiers supérieur de la pariétale ascendante, du cinquième supérieur de la frontale ascendante et de tout le lobule paracentral (De l'hémisphère gauche) ; 2° du tiers supérieur de la frontale ascendante droite et de la partie postérieure de la deuxième frontale du même côté ; par M. le Dr BOINET, médecin aide-major à l'hôpital militaire du Gros Caillou.

Béranger, 18 ans, entre le 3 février 1882 à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. le médecin principal BOUROT. Ce malade n'a pas d'antécédents tuberculeux : il n'a jamais eu d'hémoptysie, il a toujours joui d'une bonne santé et a pu faire un service assez pénible jusqu'au 25 janvier. A cette époque, s'il faut en croire le récit du malade, Béranger a des vertiges, des frissons ré-

pétés, des épistaxis, de la diarrhée, et, pour la première fois, il est pris d'une toux fréquente, quinteuse, suivie de quelques crachats blanchâtres et spumeux.

3 février. (Jour de l'entrée.) T. 39°. Prostration, langue sèche, rôtie, tremblante, ventre ballonné, gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite. — Toux peu fréquente, expectoration spumeuse ressemblant à une solution légère de gomme arabique. A l'auscultation, on ne trouve que des râles sibilants dans toute l'étendue des deux poumons. L'absence de tout autre signe stéthoscopique, la brusquerie du début de la maladie, la bonne santé habituelle, etc., semblaient plaider en faveur du diagnostic de fièvre typhoïde à forme thoracique. — L'évolution, la marche de cette maladie paraissaient devoir être simples, le malade avait même pu se lever ; lorsque, sans cause appréciable, le 1^{er} mars, Béranger ressent de l'engourdissement, des fourmillements dans le *membre supérieur droit*. Il essaye de lever le bras droit, mais en vain ; si, après avoir soulevé ce membre, on cesse de le soutenir, il retombe lourdement. Cependant les doigts peuvent encore exécuter quelques mouvements de flexion ; mais ces mouvements sont lents, incertains, tremblants. La main peut encore esquisser un léger mouvement de flexion sur l'avant-bras. Tous les muscles du bras sont mous, flasques, inertes. — Pas de contractures, pas de convulsions.

La sensibilité n'est pas plus épargnée que la motilité. Une épingle enfoncée profondément sur la face dorsale de l'avant-bras ne produit qu'une simple sensation de contact. L'anesthésie est aussi prononcée sur toute l'étendue du membre supérieur. La sensibilité à la température est presque abolie. Pas de douleurs spontanées. Pas de céphalalgie, pas de délire, pas de perte de connaissance. T. 39°. Pouls à 90, Sibilances dans toute l'étendue des deux poumons, quelques quintes de toux, expectoration spumeuse, aérée. Au fond du vase, on aperçoit quelques crachats muqueux puriformes. La diarrhée est peu abondante, une légère douleur à la pression persiste toujours dans la fosse iliaque droite.

2 mars. Fourmillements dans le *membre inférieur droit*. Le malade ne peut lever sa jambe au-dessus du plan du lit. Les orteils et le pied peuvent encore faire quelques mouvements de flexion. Diminution notable de la sensibilité à la douleur et à la pression. Le membre sain et le membre paralysé ont la même température, 38°. La paralysie du membre supérieur droit est complète, mais les courants faradiques y déterminent des contractions musculaires aussi

rapides et aussi énergiques que celles que l'on observe en électrisant le membre supérieur gauche, encore sain.

4 mars. Parésie du membre supérieur gauche. Les muscles peuvent encore se contracter, mais cette contraction est lente, incertaine, s'accompagne d'un léger tremblement. Sous l'influence des mêmes courants faradiques, on obtient des contractions semblables à celles que l'on produisait lorsque ce membre n'était pas encore paralysé.

La sensibilité est très obtuse, le contact de deux épingle n'est senti que lorsque la distance qui les sépare est de 10 centimètres. La paralysie du membre supérieur et du membre inférieur droits ne subit aucune modification. Strychnine. — Iodure de potassium. — Pointes de feu dans la région cervicale.

5 mars. Amélioration notable de la paralysie du membre supérieur gauche et, après bien des efforts, le malade parvient à porter sa main à la bouche. — Anesthésie presque complète au niveau des régions deltoïdienne et sous-claviculaire. Une *hémiplegie faciale gauche* survient brusquement. La commissure labiale gauche est abaissée, entraînée vers le côté droit. Lorsque le malade veut souffler ou siffler, la joue gauche reste flasque. Pas d'écoulement de salive. La paralysie reste limitée aux muscles de la partie inférieure de la face. Pas de chute de la paupière supérieure, pas de strabisme, pas d'épiphora. Les pupilles sont dilatées, égales, contractiles. La sensibilité de la face est intacte.

6 mars. T. 39°,6. Pouls à 90. L'abattement augmente, la face est pâle, la langue sèche, fuligineuse, les narines pulvérulentes. Délire nocturne, tranquille. La dyspnée est plus considérable que les jours précédents, les quintes de toux sont plus fréquentes, l'expectoration est plus abondante, toujours spumeuse. Les crachats puriformes ont augmenté. Râles sibilants à la base des deux poumons, râles muqueux vers les sommets, avec expiration soufflante. Le malade a quelques douleurs rhumatoïdes à la nuque. La raie méningitique est à peine marquée.

7 mars. Les paralysies du membre supérieur gauche et de la face ont diminué. Quant à la paralysie des membres supérieur et inférieur droits, elle est complète. T. 40. Pouls à 90. Délire nocturne.

8 mars. L'hémiplegie faciale est moins nette, la paralysie du membre supérieur gauche est plus accusée. Ces paralysies multiples, variables, corticales en un mot, ne pouvaient résulter que d'une lésion des circonvolutions fronto-pariétales. Suivant toute probabilité, ces lésions de

aient être de nature tuberculeuse, car l'aggravation des symptômes pulmonaires (gros râles muqueux aux sommets), les grandes oscillations de la température, etc., faisaient songer à la tuberculose aiguë généralisée et éloignaient le diagnostic de fièvre typhoïde.

9 mars. La paralysie du membre supérieur gauche est complète, elle est presque complète. La paralysie des membres supérieur et inférieur droits reste toujours au même point.

10 mars. Le seul membre épargné, le membre inférieur gauche, est le siège de douleurs vives, fulgurantes. De plus, ce membre est atteint d'hyperesthésie. La moindre pression, le moindre attouchement réveille de vives douleurs. La motilité est intacte. Petite eschare au sacrum.

11 mars. Les membres supérieur et inférieur droits ont pour la première fois des convulsions cloniques énergiques, d'assez courte durée. L'anesthésie est complète. Les douleurs fulgurantes du membre inférieur gauche sont de plus fréquentes et plus violentes. Le membre supérieur gauche est toujours dans le même état. L'hémiplégie faciale gauche est moins nette.

12 mars. Les mouvements convulsifs des membres supérieur et inférieur droits ont cessé. Les douleurs fulgurantes qui siégeaient dans le membre inférieur gauche persistent toujours, avec la même intensité.

13 et 14 mars. L'état général est très grave, la dyspnée est extrême (40 inspirations par minute), la face est pâle, couverte de sueurs froides, visqueuses. Râle trachéal. Le malade succombe le 15 mars aux progrès des lésions pulmonaires.

AUTOPSIE. — Méninges. Fortement congestionnées : il s'écoule deux cuillerées de sérosité louche. La pie-mère est très adhérente, infiltrée de tubercules au niveau des points où siégeaient les amas de granulations tuberculeuses correspondant aux centres moteurs des membres paralysés.

Hémisphère gauche. On trouve des amas de granulations tuberculeuses : 1° au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante ; 2° dans le tiers supérieur de la pariétale ascendante ; 3° dans toute l'étendue du lobule paracentral, c'est-à-dire au niveau des centres moteurs des membres supérieur et inférieur droits. En cartant les lèvres de la scissure de Sylvius, on aperçoit une foule de petites granulations tuberculeuses. De nombreuses coupes ne révèlent aucune lésion soit dans le centre ovale, soit dans les noyaux opto-striés, etc.

Hémisphère droit. Granulations tuberculeuses dans le tiers supérieur de la frontale ascendante. De plus, on observe un petit amas de granulations du volume d'un grain de chènevis à la partie antérieure du lobule paracentral. Ces lésions rendaient parfaitement compte de la paralysie brachiale gauche. On voit aussi une masse tuberculeuse du volume d'un pois au niveau du point où la deuxième frontale est en rapport avec la quatrième frontale, c'est-à-dire au niveau du centre moteur de la région faciale inférieure, d'après Ferrier. L'hémiplégie faciale gauche se rattachait à cette lésion, car la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante ne présentait pas d'altérations. Granulations tuberculeuses, seulement visibles à la loupe, au niveau du cercle artériel de Willis. Les autres parties du centre nerveux sont saines. Les méninges sont congestionnées, gorgées de sang veineux. La moelle, examinée avec soin, paraît tout à fait normale.

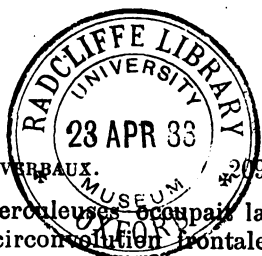
Poumons. Ils sont farcis de tubercules. Deux cavernes pouvant à peine loger une petite noisette (sommets gauche). Tissu pulmonaire rouge, peu crépitant, en collapsus avec infiltration inflammatoire, offrant en un mot la plupart des lésions de la bronchite capillaire.

Plèvres. Péricarde. Fortes adhérences pleurales. Pas de liquide. Les ganglions bronchiques sont fortement hypertrophiés. 150 grammes de sérosité citrine. *Cœur.* Normal, à part une petite tache laiteuse sur le ventricule droit. *Foie. Reins.* Rien de particulier. *Rate* moyenne. Offre des granulations tuberculeuses sur la capsule. Les ganglions mésentériques sont volumineux, infiltrés de tubercules.

Intestin grêle. Sur la surface péritonéale des deux derniers pieds de l'intestin grêle, on constate un semis de granulations tuberculeuses correspondant aux ulcérations intestinales des plaques de Peyer. Si on ouvre l'intestin, on trouve des ulcérations à grand axe transversal assez analogues à celles de la fièvre typhoïde. Quelques ulcérations étaient en voie de guérison.

Examen histologique. — N'a pas présenté de particularités qui méritent d'être signalées.

RÉFLEXIONS.—1° Rarement, l'infiltration tuberculeuse des méninges et des circonvolutions fronto-pariétales détermine des paralysies aussi multiples, aussi généralisées. D'assez longues recherches ne m'ont permis de recueillir qu'un ou deux faits analogues.



EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX.

2° Un amas de granulations tuberculeuses occupait la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale droite, c'est-à-dire le centre moteur de la région faciale inférieure, d'après Ferrier. Les parties inférieures des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes étaient saines. Ce fait n'est donc pas favorable à l'opinion du professeur Charcot qui localise dans ces dernières régions le centre moteur du facial inférieur.

3° L'anesthésie complète des membres supérieur et inférieur droits est tout aussi difficile à expliquer que l'hyperesthésie et les douleurs fulgurantes du membre inférieur gauche.

36. Néphrite en foyers avec points de suppuration.
Urémie; par M. BUTTE, interne des hôpitaux.

Le nommé Henry Jacques Pierre, 84 ans, entré le 27 janvier 1882, salle Labric, n° 3, a deux fils et une fille qui tousent habituellement; tousse lui-même depuis son enfance; emphysémateux depuis très longtemps.

Il y a dix ans, il a commencé à uriner difficilement; il souffrait beaucoup au moment de la miction. Pas de blennorrhagie. Hernie inguinale gauche depuis longtemps, irréductible depuis huit ans. Jamais de rhumatisme, de paralysie; aurait eu une pleurésie il y a trente ans. Angines suppurées fréquentes jusqu'à l'âge de 32 ans.

Aujourd'hui, 27 janvier, le malade se plaint d'une perte de la vue survenue subitement, il y a dix jours, sans étourdissements; il ne voit plus du tout. En même temps, il est très oppressé et se plaint de douleurs très vives lorsqu'il veut uriner. Le pouls est irrégulier. Il existe à peine un peu d'œdème aux membres inférieurs. La respiration est sèche, emphysémateuse; en avant et en arrière. En avant, on entend des râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine. En arrière, râles ronflants. Très peu de râles sous-crépitaux, pas de matité. Irrégularités dans les battements du cœur; on trouve le second bruit légèrement soufflant. Assez bon appétit, mémoire à peu près conservée. On sonde ce malade assez facilement, mais il pousse des cris quand il urine et dit qu'il souffre horriblement (calculs et hypertrophie probable de la prostate). Ipéca: 1 gr. 50; tartre stibié, 0,05.

30 janvier. Moins oppressé. Diarrhée. Voit comme une grosse mouche qui le suit partout. Un peu d'albumine dans

les urines. Julep gommeux, 120 gr.; sous nitrate de bismuth, diascordium, aa 2 gr.

5 février. La diarrhée a cessé, va mieux.

8 février. Même état. Toujours un peu de dyspnée; va et vient; mange et boit assez bien.

15 février. Le malade dit qu'il va mieux; mais il se plaint toujours de souffrir beaucoup en urinant. Il marche courbé.

24 février. Gâte depuis deux ou trois jours. Dyspnée extrême; langue sèche; râles sous-crépitants à la base des deux poumons, et à la base droite diminution du murmure vésiculaire sans matité notable. Le malade raconte qu'il a des visions depuis quelques jours; il lui semble qu'il est debout, qu'il travaille; il se réveille en sursaut et se trouve dans son lit. T. rect. S. 37°,6. Vésicatoire à la base du poumon droit.

26 février. La dyspnée est moins forte. On entend toujours des râles sous-crépitants aux deux bases.

27 février. A encore eu des visions, croit qu'il est levé, qu'il s'occupe lorsqu'il est couché dans son lit.

2 mars. Va mieux; se lève; mange un peu.

5 mars. Même état.

10 mars. T. R. S., 37°,2; divague toutes les nuits.

13 mars. Dyspnée extrême; gâte complètement. T. R. S., 37°.

16 mars. Même état. Quelques râles disséminés dans la poitrine; un peu de submatité à droite. T. R. S., 37°,4.

17 mars. Oppression extrême; divague; ne répond plus; boit avec difficulté; langue sèche. T. R. S., 37°,2.

18 mars. L'oppression augmente; râle trachéal; coma. T. R. S., 37°,7. A l'aide d'une ventouse scarifiée, je recueille une certaine quantité de sang qui me permet de doser l'urée contenue dans 2cc. de sérum sanguin. Je trouve 0gr. 00951 d'urée dans ces 2cc., ce qui fait 4 gr. 755 par litre. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, le 20 mars. — *Cerveau*. Dans les deux hémisphères, on ne trouve rien, ni dans les couches corticales, ni dans les noyaux centraux. — *Cœur*. Il est flasque et plutôt petit. Poids: 210 gr. L'orifice mitral a 42 millimètres de diamètre. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement aortique. L'épaisseur du cœur à 32 mm. de la valvule mitrale est de 11 mm. Un peu de surcharge graisseuse. Les orifices des artères coronaires sont absolument sains.

Poumons. A droite, adhérences pleurales anciennes dans toute l'étendue, surtout à la base. Un peu de congélation à la base, sans lésions broncho-pulmonaires. Le po-

mon gauche est surtout emphysémateux (sensation de duvet). — *Foie*. A peu près normal. — *Vessie*. Ses tuniques sont très épaisses, la muqueuse est brunâtre; elle contient trois calculs de volume considérable.

Reins. Les reins nous montrent des altérations disséminées dans les deux substances, altérations qui tantôt se présentent sous la forme de noyaux gros comme une noisette de tissu ecchymosé, ramolli avec des points blanchâtres, purulents, tantôt ont l'aspect de grains d'un blanc grisâtre. Vers l'extrémité supérieure du rein gauche, on trouve une sorte d'infarctus, de noyau assez étendu qui est d'un rouge vif avec des points blanchâtres, ramollis. La substance semi-fluide des foyers de suppuration, examinée au microscope, laisse voir des leucocytes en voie de destruction et quelques cellules épithéliales des tubuli du rein altérées. Poids : rein droit, 118 gr.; rein gauche, 120 gr.

RÉFLEXIONS. — Ce n'est pas la rareté de la lésion rénale qui nous a fait faire cette présentation; mais c'est la façon nette et claire avec laquelle se voyait le mécanisme de la production de la néphrite suppurée. L'hypertrophie énorme de la prostate, a, en effet, été la cause certaine et déterminante des foyers de suppuration observés dans les reins.

Nous voulons aussi insister, à propos de cette communication, sur la possibilité de faire le diagnostic de l'urémie chez les vieillards, sans que les signes de cette affection soient bien nets et cela à l'aide du dosage de l'urée dans le sang. Il est en effet très fréquent de voir des vieillards chez qui les symptômes de l'urémie passent complètement inaperçus : ils ont bien de la dyspnée, des troubles psychiques; mais l'oppression est attribuée à l'emphysème, les désordres intellectuels à l'ischémie cérébrale. Cependant, si l'on s'avise de faire appliquer une simple ventouse scarifiée et de doser l'urée dans le sang recueilli, il arrive fréquemment que, comme dans le cas actuel, on en trouve des quantités énormes. On peut alors et grâce à ce moyen faire un pronostic certain, ce qui est une chose d'une réelle importance.

Le secrétaire,

Ch. TALAMON.

AVRIL

Séance du 7 avril 1882.

PRÉSIDENTE DE M. HANOT.

1. Anthracosis et tuberculose pulmonaire. — Dégénérescence graisseuse du foie. — Mort. — Autopsie; par M. GIRAudeau, interno des hôpitaux.

Le nommé Chenu Alexandre, âgé de 41 ans, mouleur en cuivre, entre le 18 janvier 1882 dans le service de M. le professeur HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, lit n° 6 bis.

Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire tuberculeux. Il avoue avoir fait de nombreux excès alcooliques. Après avoir employé la *poussière de charbon* dans la fabrication de ses moules pendant près de quinze ans, il en a abandonné l'emploi depuis dix ans environ. Il a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a un an, mais il dit qu'il tousse depuis longtemps et que son expectoration a toujours été teintée en noir.

Au mois de janvier 1881, il s'est aperçu qu'il maigrissait et qu'il perdait ses forces, en même temps son expectoration est devenue plus abondante et plus opaque. Il a déjà été soigné dans divers hôpitaux. Son amaigrissement est considérable; sa face est pâle, ses lèvres cyanosées, son pouls est fort et fréquent, sa température s'élève à 39°. A l'examen de la poitrine, nous constatons de la matité et du souffle tubaire au sommet droit, en arrière; dans le reste de la poitrine, des râles sous-crépitaunts disséminés. Sa toux est fréquente et son expectoration très abondante est constituée par des crachats nummulaires ardoisés nageant au milieu d'un liquide filant. Depuis une quinzaine de jours, il a été pris de diarrhée qui persiste encore aujourd'hui. Vin de Bordeaux, potion morphinée.

22 janvier. Fièvre moins vive, diarrhée continue, 3 à 4 selles par jour. Incontinence des matières fécales.

28 janvier. Diarrhée moins abondante ; teinte anémique augmente. Expectoration très fortement teintée de noir.

4 février. Souffle caverneux au sommet droit. Craquements humides au sommet gauche.

9 février. Pas d'appétit, sueurs nocturnes, diarrhée reparaît. Hémorrhoides externes ulcérées. Sous-nitrate de bismuth, 6 grammes.

15 février. Toux très fréquente, surtout le soir, donnant lieu à des vomissements alimentaires.

18 février. Amaigrissement fait des progrès. Les signes stéthoscopiques s'accroissent de jour en jour : souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie au sommet droit, souffle tubaire au sommet gauche. Expectoration abondante, toujours colorée en noir ; à l'œil nu, la coloration des crachats paraît uniforme, mais, au microscope, on constate qu'elle est due à une infinité de petits corps noirs irréguliers et amorphes, nageant au milieu d'un liquide qui contient un grand nombre de globules de pus.

24 février. Appétit revient un peu, expectoration moins abondante. Respiration rude à la base des deux poumons.

27 février. Fièvre a disparu depuis quelques jours.

2 mars. Même état. Dysphonie.

6 mars. Expectoration augmente ; mêmes caractères du reste.

9 mars. Etat cachectique très prononcé, ne se lève plus. Aphonie.

13 mars. Souffle caverneux et gargouillement au sommet gauche, mais moins fort qu'à droite.

19 mars. Mort.

AUTOPSIE. — Le *poumon droit*, volumineux, résistant, est recouvert d'une coque fibreuse épaisse d'un demi-centimètre dans la moitié supérieure de l'organe ; à mesure qu'on se rapproche de la base, les néo-membranes deviennent moins denses. Cette plèvre épaissie présente une teinte ardoisée dans toute son étendue. A la coupe, on trouve le tissu pulmonaire coloré en noir ; mais d'une façon non uniforme : à côté de points d'un noir brillant, on en observe d'autres ardoisés. D'une façon générale, la teinte de l'organe est plus foncée dans les parties supérieures que dans les inférieures. Le tissu pulmonaire est résistant, il se déchire sous le doigt. Par la pression et le raclage, on fait sourdre un liquide noir qui tache les doigts et le couteau. Au niveau du lobe supérieur, on trouve une caverne du volume d'une grosse noix, dont les parois sont déchiquetées, noirâtres, et qui contient un liquide noir ; dans le reste du

poumon, on trouve de petites saillies grisâtres, résistantes qui semblent constituées par des tubercules fibreux.

Le *poumon gauche* est moins résistant, moins volumineux, mais on y observe les mêmes lésions : au sommet caverne du volume d'une noisette traversée par des brides vasculaires. La plèvre de ce côté est saine, sauf au sommet où elle est épaissie et adhérente à la paroi costale.

La muqueuse de la *trachée* est hypertrophiée et infiltrée par places de matière noire. Le *larynx* présente sur les deux cordes vocales inférieures de petites ulcérations dentelées, grisâtres, comme on en observe chez les individus atteints de tuberculose de cet organe. Les *ganglions bronchiques* sont volumineux et d'un noir brillant. Le *cœur* est mou, chargé de graisse, mais il est peu volumineux ; ne présente pas les lésions qui ont été signalées dans un grand nombre de cas d'anthracosis.

Le *foie* pèse 1850 grammes, sa surface est lisse, son tissu est mou et jaunâtre comme on l'observe dans les cas de dégénérescence graisseuse de cet organe ; la vésicule biliaire est dilatée et contient de la bile verdâtre. La *rate* est diluée et légèrement augmentée de volume. Les *reins* sont normaux ainsi que le *tube digestif*. Au pourtour de l'anus, cependant, on rencontre un bourrelet hémorroïdal et la muqueuse rectale est hypertrophiée.

Examen microscopique.—Les pièces ont été examinées après avoir été traitées par l'acide picrique, la gomme alcool.

Sur les fragments de *poumon*, on trouve les parois des *bronches lobulaires* considérablement épaissies, cette hypertrophie est constituée par une néo-formation très abondante d'éléments conjonctifs dont un grand nombre déjà subi la transformation fibrillaire. Dans les couches les plus externes de cette gaine fibreuse, on trouve de nombreuses molécules noires.

Les travées alvéolaires et interlobulaires sont également le siège d'une prolifération conjonctive très active ; dans ces dernières, les fibres conjonctives ont subi une organisation déjà avancée, les molécules charbonneuses sont très abondantes dans leur épaisseur et par places elles masquent complètement les fibres du tissu conjonctif. À côté de lobules perméables à l'air et ne présentant que les altérations que nous venons de décrire, il en est d'autres dont les alvéoles sont remplies par une matière granuleuse au milieu de laquelle on peut reconnaître encore les cloisons alvéolaires à leur teinte rosée, mais ici elles sont plutôt

atrophées qu'hypertrophées, par places même elles semblent interrompues dans leur continuité. Les bronches qui avoisinent ces lobules sont elles-mêmes remplies d'un exsudat analogue à celui que l'on observe dans les lobules. Dans toute cette masse exsudative, on ne trouve pas trace de molécules charbonneuses. Les rameaux de l'artère pulmonaire présentent des parois épaisses, leur calibre est diminué, quelques-unes mêmes sont oblitérées par de la fibrine granuleuse. Enfin, ça et là, on trouve des tubercules avec leurs trois zones caractéristiques de cellules, ceux-ci sont très manifestes au voisinage de la plèvre et dans l'épaisseur même de cette dernière.

En résumé, les lésions histologiques que nous avons constatées ici sont des lésions mixtes: car, à côté de lobules sclérosés, nous en avons observé d'autres dans lesquels l'existence des lésions tuberculeuses et caséuses était évidente.

Les lobules *hépatiques* examinés à un faible grossissement apparaissaient comme augmentés de volume dans leur ensemble; à l'aide d'un grossissement plus fort, on s'apercevait que les cellules hépatiques étaient distendues pour la plupart par une gouttelette grasseuse volumineuse qui avait refoulé le noyau à la périphérie, quelques-unes avaient cependant leurs caractères normaux. A la périphérie des lobules, la zone conjonctive paraissait normale, sauf en quelques points où elle était légèrement hypertrophiée.

RÉFLEXIONS. — Si cette observation est intéressante au point de vue clinique, à cause de la persistance de l'expectoration noire chez un mouleur en cuivre plus de dix ans après la cessation de l'emploi de poussière de charbon, elle ne l'est pas moins au point de vue anatomo-pathologique, car elle rappelle une question de pathogénie qui a eu un certain retentissement il y a quelques années: nous voulons parler du mode de production des cavernes dans les poumons des malades atteints d'antracosis. Tant il est que la plupart des auteurs, et le fait semble démontré aujourd'hui, ont soutenu que la pneumonie interstitielle développée par l'irritation des poussières charbonneuses était capable à elle seule de donner naissance à des cavernes, quelques médecins anglais ont prétendu que la présence de tubercules était nécessaire pour arriver à ce résultat. Ainsi formulée, cette dernière proposition n'est plus

acceptable ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans un certain nombre d'observations d'antracosis qui ont été publiées, la présence de tubercules a été signalée ; le fait que nous avons observé rentre dans cette catégorie. Il y a lieu de se demander dans ces cas si les lésions scléreuses dues à l'antracosis et celles dues à la présence des tubercules ont marché de pair pour aboutir à la destruction du parenchyme pulmonaire ; ou bien si la tuberculose pulmonaire s'est développée sur un terrain déjà malade, sur un poumon atteint de broncho-pneumonie antracotique et si elle n'a été qu'un coup de fouet donné aux lésions scléreuses préexistantes. Dans le cas présent, tenant compte de l'intégrité de la santé pendant longtemps et de la marche rapide des accidents une fois déclarés ; tenant compte aussi de l'ancienneté et de l'étendue des lésions scléreuses du poumon tandis que les lésions tuberculeuses étaient beaucoup moins généralisées, nous serions plutôt porté à admettre la dernière hypothèse.

M. HANOT se demande s'il s'agit d'une tuberculose ultime ou bien si le malade est un tuberculeux devenu antracotique. Il indique une forme aiguë de pneumonokoniose, à marche rapide, évoluant en vingt à trente jours, et aboutissant à une terminaison fatale. M. Hanot a fait trois autopsies de cas de ce genre ; les poumons étaient noirs ; infiltrés de matière charbonneuse, sans trace de tubercules. Si la pneumonie eût passé à l'état subaigu ou chronique, il n'est pas impossible que la tuberculose fût venue compliquer la pneumonokoniose.

M. BRISSAUD dit qu'il a observé plusieurs fois de ces pneumonokonioses aiguës dans le service de M. Lasègue, à la Pitié. La gravité de cette forme est telle qu'il suffit à M. Lasègue de savoir que les pneumoniques sont des ouvriers mouleurs de l'atelier de M. Desouche pour affirmer une terminaison mortelle à bref délai.

2. M. DUFLOQ montre un *épithélioma du col et du corps de l'utérus* avec noyaux cancéreux de la tête du fémur et abcès péri-articulaire.

3. Spina bifida lombaire chez une femme de cinquante-cinq ans. — Cachexie cardiaque. — Mort. — Autopsie ; par M. GIRAudeau, interne des hôpitaux.

La nommée Billon, Eugénie, âgée de 55 ans, entre le 8 août 1881 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolles, lit n° 16, dans le service de M. le professeur HAYEM, pour une affection cardiaque ancienne, ayant donné naissance à des poussées successives de purpura hœmorrhagica généralisé, et, dans les derniers temps de la vie, à une hémiplegie droite incomplète, compliquée de troubles intellectuels caractéristiques d'un ramollissement cérébral chronique.

Cette femme présente au niveau de la région lombaire, exactement sur la ligne médiane, une tumeur congénitale, irréductible, de cinq centimètres de diamètre, arrondie, légèrement aplatie et présentant à sa base un étranglement assez prononcé. Au centre, il existe une dépression ombiliquée. La peau qui la recouvre est rugueuse, épaissie, violacée, sauf au niveau de la dépression où elle est brunâtre.

Cette tumeur, qui présente par conséquent tous les caractères physiques d'un spina bifida, n'a donné lieu à aucun accident ; mais, lorsqu'on exerce une pression sur elle, on provoque une douleur assez vive, localisée au niveau de la poche. Dans l'intervalle de ces compressions, aussi bien que lorsqu'on les exerce, on ne constate aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité dans les membres inférieurs.

AUTOPSIE.—La mort étant survenue par le fait de la cachexie cardiaque, nous avons constaté que la tumeur, fendue suivant son diamètre vertical, présentait à son centre une petite cavité en forme de dé à coudre, tapissée par une membrane épaisse, blanchâtre, résistante, et que le fond de cette cavité correspondait à la dépression de la surface extérieure à laquelle elle était reliée par des tractus fibreux de peu d'étendue. Du côté de la colonne vertébrale, cette membrane s'enfonçait entre les lames vertébrales de la 3^e vertèbre lombaire, et se continuait avec la dure-mère spinale. Dans le reste de son pourtour, elle était protégée extérieurement par la couche graisseuse sous-cutanée très développée à ce niveau.

La troisième vertèbre lombaire était seule malade, son apophyse épineuse manquait et l'intervalle compris entre les deux lames mesurait un centimètre environ de largeur, le canal vertébral et le corps même de la vertèbre étaient sains.

La moelle épinière se terminait exactement au niveau de la vertèbre malade, et ses cordons dissociés pour former la queue de cheval malade se conduisaient dans le canal vertébral absolument comme à l'état normal. Seul un de ces cordons s'introduisait dans la cavité du spina-bifida et venait s'insérer au fond de la poche, au niveau de la dépression ombiliquée que nous avons signalée ; nous avons recherché en vain si, après s'être ainsi inséré, il se repliait sur lui-même ou rampait dans l'épaisseur de la paroi pour rentrer dans le canal vertébral.

RÉFLEXIONS. — Ce cas, dont la description anatomique répond à celle du spina-bifida classique, nous a paru intéressant : 1° à cause de l'âge avancé de la malade ; 2° à cause de l'absence de phénomènes inflammatoires au niveau de la tumeur, ce qui s'explique par l'intégrité de la peau et l'abondance du tissu graisseux sous-cutané au niveau de la tumeur.

A ce titre, cette observation doit être placée à côté de celles publiées par Otto et rapportées par Lebert dans son *Traité d'anatomie pathologique*.

4. Ataxie locomotrice progressive. — Excès alcooliques. — Excès génésiques. — Chancre mou avec adénite suppurée. — Pas de syphilis. — Douleurs fulgurantes. — Incoordination des mouvements volontaires. — Crises laryngées, gastriques, vésicales et anales. — Incontinence d'urine et des matières. — Vomissements incoercibles. — Perversion de la sensibilité générale. — Pas de réflexe tendineux ni cutané. — Amaurose complète. — Chute des dents. — Mort subite. — Pachyméningite hémorragique. — Décollement rétinien. — Lésions du tabes dorsalis ; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

Le nommé Levasseur (Adrien) est entré à l'infirmerie Saint-Jean-Baptiste, n° 18, le 14 août 1879, service de M. RAYMOND (1).

C'est un homme âgé de 45 ans, ancien clerc d'avoué, dont le père est mort à 65 ans usé par les chagrins et les excès de travail. Sa mère vit encore, a 78 ans, et se porte bien malgré les attaques de nerfs qu'elle eut assez fréquemment autrefois. Une sœur est morte de suites de couches.

(1) La première partie de cet observation a été rédigée d'après les notes prises par M. A. Florand, externe des hôpitaux.

Très bien portant durant toute sa jeunesse. A 22 ans, Chancre mou avec bubon suppuré dont on voit encore la cicatrice. Pas de syphilis. De 19 à 22 ans, vie irrégulière avec une maîtresse. Excès de coït en même temps qu'excès de boisson. Vie plus régulière de 22 à 26 ans, époque de son mariage avec une femme très nerveuse avec laquelle il a dû aussi faire quelques excès génésiques. Quatre enfants; un seul, le troisième, est vivant et bien portant, les autres sont morts très jeunes, l'un de convulsions à l'âge de cinq ans.

Conditions sociales bonnes. Homme intelligent, notre malade était clerc d'avoué et gagnait largement sa vie. Pour accroître les ressources de son ménage, il passait parfois plusieurs nuits de suite à des travaux fatigants. En 1865, étant à sa troisième nuit de veille, il ressentit tout à coup, vers le milieu du dos, une douleur excessivement vive qu'il compare à la brûlure d'un fer rouge. Cette brûlure devint bientôt une douleur en ceinture très nette, qui existe toujours depuis cette époque, et qui a plutôt augmenté que diminué. Cependant, le malade remplissait assidûment ses fonctions de clerc d'avoué, bien qu'à cette douleur continue vinssent s'en ajouter d'autres: douleurs fulgurantes, lancinantes, quelquefois passagères, d'autres fois plus ou moins durables avec exacerbations. Les douleurs les plus vives semblaient suivre le trajet du sciatique et étaient un peu atténuées par la marche.

En 1870, misères et privations de toutes sortes et excès alcooliques. C'est vers la même époque que les fonctions génésiques commencèrent à baisser pour devenir nulles en 1877. Jusqu'à cette dernière année, la marche n'offrait rien de particulier et n'était pas gênée par les douleurs. La sensibilité et l'intelligence restaient intactes; le malade se souvient seulement d'avoir eu quelques cauchemars. Du côté des organes des sens, la vue seule avait un peu diminué, mais progressivement et d'une manière presque insensible. Pas de paralysies oculaires, ni passagères, ni permanentes; pas de douleurs viscérales. Miction et défécation normales.

En juin 1877, commence une nouvelle période. Un jour, le malade qui tenait un objet à la main, le laissa tomber sans s'en douter. Traité de maladroit par sa femme, il fut pris d'une vive colère, se mit à trembler de tous ses membres, et fut forcé de se mettre au lit. A partir de ce jour, les douleurs devinrent plus considérables et plus fréquentes. La marche, jusqu'ici intacte, devint chancelante, surtout dans l'obscurité, bien que la force fût conservée. La sensibilité générale subit également des atteintes pro-

fondes. Le malade eut sous la plante des pieds la sensation de duvet; les mains ne tenaient plus aussi facilement la plume; la vue s'affaiblissait rapidement, et, au mois de novembre de la même année, il fut forcé d'abandonner tout travail. Préoccupé surtout par l'affaiblissement considérable de sa vue, il consulta M. le docteur Abadie qui, après lui avoir examiné les yeux, lui dit qu'il *était ataxique*.

En 1878, il entra à la Maison Dubois, chez M. Lécorché, y resta six mois, et fut traité par les douches, les bains sulfureux, les pointes de feu, le nitrate d'argent et les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Le traitement améliora son état, mais le malade acheva de perdre la vue, et, depuis cette époque il est resté complètement aveugle. Pendant son séjour à la Maison Dubois, il marchait encore à la condition d'être conduit par la main, mais ses jambes vacillaient de plus en plus. Les mouvements volontaires étaient tout à fait incoordonnés dans les membres inférieurs, et cette incoordination atteignait aussi les membres supérieurs, car le malade laissait échapper de ses mains des objets qu'il croyait bien tenir, et il ne pouvait porter un verre plein à la bouche sans le renverser presque complètement.

A sa sortie de la Maison Dubois, il passa huit mois chez lui, puis fut admis à l'Hôtel-Dieu, en 1879. C'est pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu qu'il perdit entièrement l'usage de ses jambes, il prit définitivement le lit pour ne plus s'en relever. Pendant toute cette période, c'est-à-dire de 1877 à 1879, les douleurs persistèrent, revêtant toujours toutes les formes possibles et occupant différentes régions. C'est dans le cours de cette période qu'il eut également par moment de l'incontinence d'urine sans crises uréthrales ni anales. Son appareil digestif restait bon; amaigrissement peu sensible. Ouïe, goût, odorat, intacts.

Quelques mois après son entrée à l'Hôtel-Dieu, il fut admis à l'hospice des Incurables et vint directement à l'infirmerie. Depuis l'arrivée du malade à Ivry, les douleurs ont persisté et augmenté plutôt que diminué. Elles sont violentes, surtout la nuit; elles occupent tous les membres et revêtent tous les caractères: douleurs constrictives, lancinantes, fulgurantes. C'est également depuis son entrée aux Incurables qu'il a eu des crises laryngées, des crises uréthrales et anales. Pendant qu'il urine, le jet s'arrête tout d'un coup, et les efforts que fait le malade pour continuer à uriner sont accompagnés et suivis de douleurs très vives à l'an us et au col de la vessie.

L'an dernier, il eut des vomissements incoercibles, et ne pouvait supporter aucun aliment. Ces vomissements n'étaient ni précédés, ni suivis de douleurs gastralgiques. Il eut aussi à la même époque une constipation opiniâtre d'autant plus difficile à vaincre qu'il ne supporte ni les purgatifs, ni les lavements. Amaigrissement considérable, souvent sueurs profuses, abondantes et fétides.

Etat actuel. A notre arrivée à l'hospice des Incurables, le 1^{er} janvier 1882, le malade ne se lève plus. A peine peut-on l'asseoir quelques minutes pour faire son lit le matin. Tous les muscles sont considérablement atrophiés, et quelques-uns mêmes paraissent complètement disparus. Les mouvements, surtout ceux des membres inférieurs, sont profondément incoordonnés.

Le malade ne se rend aucun compte de l'étendue et de la portée des mouvements de ses jambes, qu'il perd d'ailleurs dans son lit. Ce n'est qu'après quelques hésitations qu'il porte le doigt en un point donné de son visage et il ne peut tenir longtemps un objet sans le laisser tomber. Cependant, cette faiblesse musculaire est plutôt apparente que réelle, car le malade oppose une grande force de résistance quand on veut fléchir ou étendre ses jambes ou ses bras malgré lui. Tous les muscles se contractent sous l'influence du courant faradique.

La sensibilité générale est profondément atteinte. Sur certains points, elle est nulle, sur les autres, elle est diminuée, souvent retardée. Les régions d'anesthésie et d'algésie complètes semblent avoir une distribution assez irrégulière et assez difficile à limiter. La sensibilité à la température paraît la mieux conservée. Les piqures de morphine ne sont senties que lorsque la seringue a été retirée. Cependant les douleurs fulgurantes persistent et occupent à peu près le trajet de tous les nerfs.

Le réflexe cutané est complètement aboli; pas de trépidation spinale, de réflexe tendineux rotulien. La vue est et reste totalement perdue; pas de paralysie oculaire, pas de ptosis; réflexe conjonctival conservé. Les autres sens, l'ouïe, l'odorat, le goût, sont intacts.

Le malade mange fort peu, mais ne vomit plus. Il a des alternatives de constipation et de diarrhée, et parfois de l'incontinence des matières. Il n'y a pas d'incontinence d'urine réelle, mais des besoins tellement impérieux qu'il est forcé de garder constamment son urinal dans son lit.

L'urine contient un peu d'albumine et des dépôts constitués par des urates et des phosphates ammoniaco-magnésiens. La peau est sèche, rugueuse et porte en certains

points, surtout sur la face antérieure des cuisses, la trace de nombreuses piqûres de morphine. Depuis quelques mois, plusieurs dents sont tombées d'elles-mêmes et sans la moindre douleur. Les deux pieds, un peu œdématisés, sont contracturés dans l'extension. Pas de chute des ongles; rien aux articulations.

L'intelligence et la mémoire sont conservées et le malade raconte toute son histoire pathologique d'une façon très nette. L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne nous révèle aucun phénomène anormal.

Cet état du malade persiste jusqu'au 8 mars 1882. Les douleurs ne sont calmées que par de nombreuses injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine; et, dans la nuit du 9 mars, le malade meurt subitement après quelques vomissements.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve quelques adhérences pleurales peu marquées à la base des deux poumons, qui, eux-mêmes ne présentent aucune lésion qui mérite d'être notée.

Le cœur est un peu flasque, sans lésion à ses orifices. Quelques plaques athéromateuses tapissent les valvules mitrales et aortiques. Le foie est peu volumineux, grasseux à la coupe. Rien à la rate ni au pancréas. Les reins sont atteints de néphrite mixte. Tout le tube digestif est examiné avec soin, et l'on ne trouve aucune lésion appréciable à la vue. Organes génitaux sains.

Quand, après avoir enlevé la partie supérieure de la boîte crânienne, on incise la dure-mère d'avant en arrière et de chaque côté de la faux du cerveau, on trouve cette membrane tapissée par un caillot sanguin d'une épaisseur de deux à quatre millimètres. Ce caillot, plus ou moins noirâtre, légèrement adhérent à la dure-mère, s'étend à toute l'étendue de cette méninge, ainsi qu'aux replis qu'elle forme, de sorte qu'après avoir extrait l'encéphale de sa boîte osseuse, toute la surface interne de la dure-mère est recouverte par ce caillot sanguin déjà décrit. Les circonvolutions cérébrales sont légèrement congestionnées à leur superficie, mais on ne trouve aucun foyer hémorragique dans la substance blanche, ni dans les noyaux centraux.

Rien au bulbe ni à la protubérance visible à l'œil nu. Pas de méningite spinale.

Examen histologique, fait au laboratoire du service par M. G. ARTHAUD. — *Moelle épinière*. Sur toute la hauteur, les lésions sont à peu près strictement limitées aux cordons postérieurs; la substance grise ne participe que

dans des proportions assez restreintes au processus pathologique. Les cordons blancs antérieurs et latéraux ne sont en aucun point altérés.

Cordons postérieurs. Quoique fortement sclérosés à tous les étages de l'axe nerveux rachidien, les cordons postérieurs sont cependant plus ou moins dégénérés, suivant que l'on considère telle ou telle région de la moelle, mais partout, tout aussi bien au collet du bulbe qu'à la partie tout à fait inférieure des lombes, la lésion comprend toute l'étendue du faisceau et englobe dans une même gangue fibreuse les filets nerveux des cordons de Goll et des bandelettes externes. La sclérose de ces cordons est en général d'autant plus prononcée qu'on se rapproche davantage de la commissure grise, en sorte que la lésion paraît procéder d'avant en arrière. C'est surtout dans le renflement lombaire que cette disposition est bien évidente, car, en ce point, la portion profonde des cordons postérieurs commence seulement à se prendre, tandis que la partie périphérique est déjà arrivée à la période la plus avancée de la sclérose des centres nerveux.

Dans la partie moyenne de la moelle, entre les deux renflements, les cordons postérieurs sont presque entièrement transformés dans toute leur épaisseur, et il ne reste plus que quelques rares filets nerveux. Au renflement cervical, les lésions paraissent moins avancées, et la partie profonde des cordons postérieurs est un peu moins altérée que la partie périphérique. Ces lésions se poursuivent jusqu'au collet du bulbe, dans lequel nous ne pouvons pas les étudier, le bulbe n'ayant pas été conservé.

Substance grise. Il paraît y avoir au moins dans la partie moyenne de la moelle un peu d'épaississement de la névroglie et une légère infiltration nucléaire peu marquée et peu importante, sans nul doute, à côté de la lésion si nette des cordons postérieurs. Les cornes antérieures sont presque partout très peu dégénérées. On trouve, dans les grosses cellules, du pigment en assez grande abondance, mais le noyau reste presque toujours intact, les cellules conservent leurs prolongements et ce n'est que par un examen très attentif qu'on retrouve en quelques points des cellules entièrement détruites. La colonne de Clarke a conservé ses éléments, qui sont peu ou point altérés.

Dans les cornes postérieures, les éléments cellulaires ne présentent également que de légères traces de désintégration. Peut-être faudrait-il signaler une légère tuméfaction des cylindraxes dans les filets d'émergence des racines postérieures, mais toutes ces lésions, ainsi que les précédentes,

tes, ne sont pas assez marquées pour qu'on puisse les considérer comme en dehors des variations de l'état physiologique, et leur attribuer au point de vue pathologique une autre importance que celle d'expliquer les troubles généraux et l'affaiblissement général fonctionnel qui existe dans toutes les maladies chroniques des centres nerveux.

En résumé, l'examen de la moelle montre les lésions chroniques du *tabes dorsalis*, sans retentissement bien considérable dans la substance grise et les cordons blancs autres que les cordons postérieurs.

Circonvolutions cérébrales. Sur des circonvolutions durcies par un séjour prolongé dans le bichromate d'ammoniaque, nous avons recherché, soit sur des circonvolutions motrices, soit sur des circonvolutions sensitives, les lésions des éléments cellulaires de l'écorce cérébrale et nous n'avons trouvé que des modifications sans importance. Dans les circonvolutions des zones motrices, il existait, particulièrement dans la couche des grandes cellules, une dégénérescence pigmentaire sans caractères bien spéciaux.

Cette dégénérescence des éléments nerveux existe très souvent chez les vieillards, et elle doit être probablement liée à un affaiblissement des facultés cérébrales, soit motrices, soit sensitives ; affaiblissement qui est l'état normal chez les vieillards et que l'on rencontre aussi chez tous les malades jeunes atteints d'une affection chronique de longue durée. Cependant, il y a loin de cette dégénérescence qui frappe une portion plus ou moins grande des cellules cérébrales, aux lésions qui existent dans les affections cérébrales proprement dites. Dans les régions occipitales, on trouve également une dégénérescence pigmentaire des cellules corticales, diffuses et sans caractères bien déterminés.

Méninges. Sur les coupes de la *dure-mère*, on voit un caillot très riche en globules rouges, peu riche en fibrine, placé entre deux couches de tissu fibreux d'épaisseur inégale, auxquelles le caillot paraît adhérer intimement. Tel est l'aspect que présentent les coupes sur la plupart des points ; mais, dans les endroits où le caillot paraît le plus adhérent, on retrouve des fausses membranes qui semblent avoir été le point de départ de l'hémorrhagie, et là le caillot se confond davantage avec les deux lames fibreuses qui le comprennent dans leur épaisseur. C'est aussi en ce point que le caillot est plus riche en globules blancs, et qu'il existe le moins de vaisseaux dans l'épaisseur des fausses membranes.

Les deux lames fibreuses qui, par leur constitution his-

tologique et leurs rapports, semblent représenter la dure-mère et l'arachnoïde, ne sont pas épaissies, si ce n'est dans les points d'où l'hémorragie paraît provenir.

En résumé, il paraît y avoir eu une inflammation chronique de la dure-mère et de l'arachnoïde, avec production de fausses membranes en quelques points très limités, fausses membranes ayant donné lieu à une hémorragie qui paraît s'être produite peu de temps avant la mort, car le caillot, dans les points où il n'existait pas de fausses membranes, ne présente aucune trace d'organisation.

Nerf optique. Dans tout le trajet du nerf optique, depuis le chiasma jusqu'à son émergence dans le globe oculaire, on trouve de très légères traces de sclérose interstitielle, accompagnée d'une infiltration peu considérable de noyaux dans les tractus conjonctifs, infiltration surtout abondante au niveau de l'émergence du nerf dans la papille. L'artère centrale du nerf ne présente rien de particulier : pas de sclérose ni d'épaississement des parois de ce vaisseau. Au delà du chiasma, on ne voit plus de sclérose interstitielle bien manifeste. Tout au plus trouve-t-on, dans les bandelettes optiques, une légère infiltration nucléaire qui devient presque nulle dans le voisinage du pulvinar.

Rétine. On remarque autour de la papille un grand nombre de noyaux infiltrés, soit dans la rétine, soit dans la choroïde. Les différentes couches de la rétine sont peu altérées dans leur constitution. Quelques-uns des éléments de la couche des cônes et des bâtonnets présentent un aspect variqueux qui, joint à l'infiltration nucléaire, semble témoigner d'un état inflammatoire de la choroïde et de la rétine.

Au niveau de la tache jaune et dans la partie supérieure de l'œil, existe un décollement rétinien, et la rétine est séparée de la choroïde par une masse gélatineuse ainsi que l'on en trouve toujours dans toutes les rétines décollées après qu'elles ont macéré dans le liquide de Muller pendant un certain temps (2 mois), et, à ce niveau, la couche des cônes et des bâtonnets est profondément altérée dans ses éléments qui sont complètement déformés et qui ne sont plus reconnaissables que par la situation qu'ils occupent. Ces lésions existent dans les deux rétines à peu près au même degré, mais comme l'examen ophthalmologique n'a pas été fait pendant la vie, le décollement rétinien n'est reconnu qu'à l'examen histologique fait à cause des altérations de la rétine. Les premières recherches ont été faites dans l'hypothèse d'une lésion centrale et n'ont porté par conséquent que sur la partie de l'œil qui comprend la

papille, où il n'existe aucun décollement. On voit donc qu'il a été assez difficile de reconstituer l'étendue de cette lésion.

Dans le noyau médian des couches optiques, on doit noter une très forte pigmentation des cellules dont quelques-unes sont atrophiées. Cette pigmentation est très marquée sur ce noyau, qui contraste sous ce rapport avec les autres îlots cellulaires des couches optiques, du pulvinar et des tubercules quadrijumeaux qui sont, au contraire, très peu pigmentés. Comme il n'existe, d'une part, que peu ou point d'atrophie des éléments cellulaires, et que, d'autre part, la pigmentation de ce noyau est notée par Meynert comme un fait presque normal, il ne faut attribuer à cette lésion qu'une très minime importance dans l'abolition de la faculté visuelle.

RÉFLEXIONS. — L'hématome de la dure-mère se rencontre assez souvent dans les affections mentales, et en particulier dans la paralysie générale.

Nous n'avons pu trouver dans les Revues scientifiques des cas de *pachyméningite hémorragique* dans le cours de l'*ataxie locomotrice progressive*. Quoique, dans notre observation, la lésion de la dure-mère puisse faire penser à la paralysie générale, cependant l'intégrité de l'intelligence de notre malade, sa parole facile, l'incoordination des mouvements volontaires et tous les autres symptômes du *tabes dorsalis* en font un *ataxique classique*. D'ailleurs, l'examen microscopique de la moelle épinière nous a montré la sclérose des cordons postérieurs.

Il est rare de trouver un hématome ainsi étendu à toute la surface interne de la dure-mère, car il occupe dans la majorité des cas la voûte du crâne, le *plafond de la dure-mère* (Barth). M. le professeur Vulpian a déjà constaté, dans les *néo-membranes*, la présence de filets nerveux de nouvelle formation; malgré l'examen microscopique le plus minutieux, nous n'avons pu confirmer ce nouveau fait anatomique. La mort presque subite a sans doute été causée par une nouvelle irruption sanguine dans les *néo-membranes*, car l'examen cadavérique nous a montré la présence de ce nouveau foyer hémorragique.

En résumé, notre malade, *non syphilitique*, a présenté tous les phénomènes du *tabes dorsalis*, et l'autopsie nous a fait découvrir un *hématome* étendu à toute la surface interne de la dure-mère.

5. Gangrène spontanée ; par M. LEJARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Odot Michel, coiffeur, âgé de 82 ans, entre le 16 mars 1882, salle Aran, service de M. GOURAUD, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme n'a jamais eu de maladies, pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme. Depuis quinze mois, douleurs continues dans les jambes, les mollets et les pieds, surtout dans le membre inférieur gauche, fourmillements et engourdissement, avec élancements ne durant que quelques secondes, mais très fréquents et parcourant le membre tout entier. Refroidissement notable des extrémités.

Il y a six semaines, les orteils du pied gauche sont devenus noirs sans cause apparente. Le malade n'a pas reçu de coups; il n'y a pas trace de contusion par les chaussures. Puis la gangrène a gagné le pied jusqu'au talon, et la partie antérieure des malléoles. En même temps, céphalalgie frontale, étourdissements, perte de l'appétit. Constipation.

18 mars. A son entrée à l'hôpital, le malade parle difficilement et ne donne qu'avec peine les renseignements qui précèdent. Tremblement sénile accentué. Battements du cœur sont sourds, irréguliers, intermittents, sans souffle ni frottement appréciable, le malade ne ressent ni n'accuse de palpitations. Les artères sont dures, flexueuses, athéromateuses. Le pouls est petit, irrégulier, très intermittent. Œdème des membres inférieurs, pas de paralysie. L'exploration de l'artère fémorale gauche indique une artère dure, athéromateuse, mais perméable. La poplitée au contraire est oblitérée, et il est impossible d'y percevoir le moindre battement.

Le pied gauche offre une teinte noire violacée, accentuée surtout à la face dorsale. La face plantaire offre une couleur moins foncée et une induration moins avancée. Le talon est presque indemne. Les orteils surtout sont complètement noirs, durs, momifiés. L'eschare remonte jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsienne. Un sillon assez profond, puisque le tendon du jambier antérieur est complètement mis à nu, sépare la partie momifiée de la partie saine de la jambe. Sur les bords de ce sillon, la peau est rouge, tuméfiée et laisse écouler un pus sanieux et fétide. Plaque gangréneuse noirâtre, de la largeur d'une pièce de 5 fr. au niveau du grand trochanter du même côté.

Ulcération au sacrum tenant au décubitus prolongé. Dans la poitrine : râles sous crépitants au deux bases. Urines

1,000 grammes en 24 h. fortement chargées d'urates. Albumine en proportion notable. Pas de sucre. T° A. 37° matin, 38° soir.

Même état les jours suivants jusqu'au 22 mars.

22 mars. Grand frisson le matin. T. A. 37°, 8. Affaiblissement notable, le malade urine sous lui, les eschares du grand trochanter et du sacrum s'étendent notablement, en même temps que des plaques noires violacées apparaissent sur le membre inférieur gauche jusqu'au niveau du genou ; plaque gangréneuse au niveau du grand trochanter de l'autre côté. Affaiblissement progressif. — Mort dans le coma le 27 mars, à 4 h.

AUTOPSIE. — Cœur. Ne présente ni rétrécissement, ni insuffisance, pas d'endocardite, ni de péricardite, pas de caillots fibrineux dans les cavités. Le myocarde est peu épais, grisâtre, mais n'offre pas l'infiltration graisseuse aussi accentuée qu'on l'observe d'ordinaire à cet âge. Les coronaires sont dures, épaissies, athéromateuses.

Peu d'athérome de l'aorte. La fémorale est épaissie plus à gauche qu'à droite. Depuis la poplitée jusqu'à la partie inférieure de la tibia postérieure, la lumière de l'artère est remplie par un caillot noirâtre, fibrineux, adhérent aux parois du vaisseau qu'il oblitère complètement. La paroi artérielle est dure, et très notablement athéromateuse. La coupe du pied gangréné laisse voir les os du tarse encore blanc, résistant légèrement, noirâtres à leur périphérie, les artérioles sont dures et béantes, comme adhérentes aux tissus voisins, les muscles sont noirs, ayant l'aspect du jambon fumé. La peau est complètement racornie.

Reins. Capsule est légèrement adhérente ; granuleux ; infiltration graisseuse de la substance médullaire. — Poux. Congestion hypostatique des deux bases. — Foie et rate, rien de particulier.

6. Cirrhose hypertrophique avec ascite et ictère. — Mort ; par M. P. de MOLÈNES, interne des hôpitaux.

Alfred M..., âgé de 43 ans, cocher, entre le 3 janvier 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. MESNET.

Pas d'antécédents héréditaires ni diathésiques. Ni syphilis, ni alcoolisme. Sobriété extrême au dire de toutes les personnes qui ont connu le malade. Très bonne santé habituelle, pas de maladies antérieures, sauf, il y a trois ans, pendant dix jours, plusieurs accès de fièvre intermittente,

Soigné et guéri par le sulfate de quinine à hautes doses. Peu de renseignements à cet égard : le malade insiste sur la violence des accès sans spécifier le mode, le moment de leur apparition. Pas d'ictère, pas de douleurs hépatiques lors de ces accès. Il reste à se demander quelle était la nature de ces accès de fièvre intermittente survenant sans cause apparente, et n'ayant point reparu depuis. N'a-t-on pas eu affaire alors à des accès de fièvre intermittente hépatique ?

Un an après, c'est-à-dire il y a environ vingt mois, le malade commença à s'apercevoir que son ventre, particulièrement au niveau de son hypocondre droit, augmentait de volume. Peu à peu la tumeur constatée augmentait de volume et gagnait l'hypocondre gauche. En même temps, les forces ont diminué insensiblement, quelques troubles digestifs ont apparus. Inappétence, dégoût de certains aliments, digestion lente ; alternative de diarrhée et de constipation. En outre, M... s'est aperçu qu'il devenait un peu jaune de teint. Pas de troubles respiratoires ni circulatoires. Pas d'épistaxis, ni d'hématémèse, ni de méloëna, ni d'hémoptysies. Le 19 juillet 1881, voyant sa tumeur augmenter chaque jour et en même temps perdant ses forces et maigrissant, ressentant, en outre, à deux travers de doigt environ au-dessous de l'épigastre, des douleurs assez vives, passagères, avec irradiation entre les deux omoplates, sans vomissements, il entre une première fois dans le service de M. Mesnet.

Durant cinq mois de séjour, la tumeur a augmenté de volume ; elle est devenue légèrement douloureuse, gênant la respiration et la digestion ; la teinte subictérique de la face s'est accentuée et a gagné le corps entier. Les urines étaient foncées et présentaient avec l'acide nitrique la réaction caractéristique. Une dizaine environ d'épistaxis assez abondantes survinrent ainsi que des petites taches purpuriques sur le thorax, l'abdomen, la face, taches qui disparurent au bout d'un mois environ.

En octobre et en novembre, on lui fit deux ponctions au centre de la tumeur, au niveau de la région ombilicale. Ces ponctions ne donnèrent issue qu'à quelques gouttes de sang. S'ennuyant à l'hôpital, il quitta le service le 15 décembre et entra de nouveau le 3 janvier.

Examen. Il existe au niveau de l'hypocondre droit une énorme tumeur masquée en partie par les fausses côtes droites, les débordant et s'étendant dans l'hypocondre gauche, envahissant les régions ombilicale et épigastrique. Cette tumeur est dure, très lisse, mate. Elle s'étend en haut, à droite, à cinq travers de doigt au-dessus du rebord des

fausses côtes; en bas, jusqu'à six centimètres au-dessous de l'ombilic. A ce niveau, on sent nettement le bord tranchant de l'organe. A la palpation, il existe un ressaut très marqué; le foie semble avoir été comprimé par les fausses côtes. La matité commence en haut immédiatement au-dessous du mamelon, au niveau de la quatrième côte.

La rate est très grosse. Percussion : 15 centimètres dans son grand diamètre. Pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de développement anormal de la circulation abdominale. L'ictère a considérablement augmenté; il est très accusé, surtout à la face, qui présente aux pommettes des varicosités veineuses abondantes. Cet ictère est jaune assez foncé. Pas de xantélasma; pas de xanthopsie. Pas d'épistaxis depuis deux mois. Cœur. Bruits sourds, réguliers. Pas de souffle. Pouls petit, lent, dépressible. Pas de fièvre.

Poumons. Le malade prétend tousser depuis huit jours. Pas de point de côté; très nombreux râles, humides, fins, disséminés dans les deux poumons, mais plus nombreux à la base droite. Quelques sibilances; sonorité normale. Peu d'appétit, digestion lente et pénible; selles en quantité normale mais légèrement décolorées. Insomnie à cause de la toux. Faiblesse assez marquée, grande lassitude. **Urines.** 1500 grammes par 24 heures, 24 grammes d'urée par jour; coloration rouge acajou, laissant déposer un sédiment rouge. L'acide nitrique détermine une coloration verte peu foncée. Pas d'albumine.

16 janvier. Etat stationnaire de la tumeur abdominale, mais plusieurs veines sous-cutanées abdominales commencent à se développer. Pas d'ascite. La toux, la bronchite, qui avaient diminué, sont en recrudescence, ainsi que les râles humides.

28 janvier. Augmentation de l'ictère, de la toux, de la congestion de la base du poumon droit, des varicosités des pommettes. Julep diacodé avec 0,30 cent. kermès.

10 février. Aggravation générale. Etat stationnaire de la tumeur, mais augmentation notable de la dilatation des veines abdominales. Augmentation de l'ictère, amaigrissement considérable. Diarrhée, inappétence, soif vive, tache purpuriques très nombreuses des membres inférieurs.

15 février. Œdème des membres inférieurs. Augmentation de volume très notable de la région inférieure de l'abdomen avec matité dans les flancs peu étendue, se déplaçant par les changements de position du malade. Sensation de flot assez obscure.

1^{er} mars. Ascite, œdème, purpura des membres inférieurs;

amaigrissement et ictère ont considérablement augmenté. En même temps le foie se rétracte et remonte. Le bord tranchant du foie est nettement perçu au niveau de l'ombilic même. Le malade ne quitte plus le lit.

15 mars. On sent manifestement la limite inférieure du foie en déprimant brusquement la paroi abdominale sous les fausses côtes, et en chassant ainsi la couche du liquide ascitique interposé. Ictère très foncé, urines moins abondantes; 800 à 900 grammes par 24 heures, d'un vert foncé. Réaction caractéristique de la présence du pigment biliaire, en grande abondance. Ascite augmente pendant que le foie se rétracte de plus en plus. Faciès creusé, peau sèche, terreuse. Diarrhée persiste.

3 avril. Le malade s'affaiblit de plus en plus. Inappétence absolue; ictère, œdème des membres et du scrotum. Ascite, dilatation des veines abdominales, purpura augmentent. Gros râles sous-crépitaux dans les deux poumons. Dyspnée.

9 avril. Subdélirium. Pouls à peine perceptible. Température axillaire, 38°,2. On ne peut avoir les urines, le malade les perdant dans son lit. Dyspnée. Pas d'agitation, pas de convulsion, pas d'épistaxis. — Mort le 10 avril.

AUTOPSIE, le 10 avril. — A l'ouverture du ventre, il s'écoule environ 6 à 8 litres de sérosité ascitique, légèrement teintée en jaune. Le péritoine ne présente pas la moindre trace d'inflammation; il est lisse et poli. Le foie est considérablement hypertrophié. Il pèse 3^k.770 grammes, sa surface est couverte de granulations, de volume variable. Au niveau du bord postérieur, le péritoine est épaissi et il existe des adhérences multiples reliant l'organe au diaphragme et à l'estomac, de sorte qu'on a grand peine à le retirer sans le déchirer. Sa coloration est d'un jaune légèrement grisâtre. Sa consistance est très accrue, il résiste très fortement au couteau. A la coupe, tissu très dense d'une couleur jaunâtre, pâle, grasseuse. Aspect granuleux du parenchyme, mais bien moins accentué que dans la cirrhose vulgaire. Pas de dégénérescence amyloïde. Nombreux tractus conjonctifs sillonnent la glande dans tous les sens.

La vésicule biliaire est épaissie, allongée, remplie de bile très foncée. Pas de calculs. Intégrité de la perméabilité des gros conduits biliaires. — Rate très grosse. Capsule épaissie. Consistance ramollie, coloration vineuse. Poids 530 grammes. — Reins un peu augmentés de volume pèsent 480 grammes; congestion et légère altération grasseuse. Décoloration facile. — Estomac, intestin, pancréas, normaux,

Epanchement citrin peu considérable dans les plèvres, avec adhérences à la base des deux *poumons* qui sont très notablement congestionnés particulièrement vers les bases. Pas de tubercules.

Cœur de volume normal, gras. Valvules saines. Péricardite fibrineuse peu considérable, récente, avec quelques adhérences. — Rien aux autres organes.

Examen histologique pratiqué par notre excellent collègue et ami GIRAudeau dans le laboratoire de M. le professeur Hayem. — Après avoir fait séjourner successivement les fragments dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, sur des coupes fines, colorées au picro-carmin et examinées à un faible grossissement, on constate que la lobulation régulière du foie a disparu ; quelques lobules sont circonscrits en certains points de leur périphérie par d'épaisses travées fibreuses qui en dessinent nettement les contours, tandis que, dans le reste de leur étendue, ils se confondent avec ceux qui leur sont contigus ou n'en sont séparés que par une mince cloison conjonctive. Ces travées fibreuses de nouvelle formation correspondent aux espaces portes ; elles émettent de gros prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des lobules adjacents et se dirigent vers le centre de ceux-ci, mais sans les atteindre.

Indépendamment de ces prolongements intra-lobulaires, on trouve, dans l'intérieur des lobules, des travées conjonctives de dimensions variables, anastomosées entre elles et formant un réseau *irrégulier* dans les mailles duquel sont contenues les cellules hépatiques ; ces derniers détails deviennent très nets lorsqu'on emploie un grossissement plus considérable (objectif n° 5, Nachet).

On peut alors s'assurer que la néo-formation conjonctive est inégalement répartie dans les divers points de la préparation. A côté de lobules peu malades, on en trouve d'autres dans lesquels le tissu fibreux est très développé. Toutes les travées extra et intra-lobulaires présentent l'aspect fibrillaire du tissu conjonctif arrivé à un degré avancé d'organisation ; par places, cependant, on y rencontre des cellules conjonctives interposées aux fibres, indice que les processus scléreux n'étaient pas partout éteints. Dans les plus grosses, c'est-à-dire celles qui avoisinent les espaces-ports, on rencontre des amas de petites cellules analogues à ceux qui ont été décrits par M. Hayem sous le nom d'*amas lymphoïdes*.

Les *cellules hépatiques*, dans les points les plus malades, forment des groupes de deux ou trois, circonscrits par un anneau scléreux ; en général, cependant, le nombre de cel-

lules contenues dans un groupe est beaucoup plus considérable; par places, elles sont déformées et atrophiées, serrées les unes contre les autres; en d'autres points, elles sont séparées par des espaces vides considérables, correspondant aux capillaires intra-acineux. Elles paraissent du reste normales comme structure; leur noyau, fortement coloré en rouge, est volumineux et entouré d'une zone granuleuse brunâtre; sur une seule de nos préparations, nous en avons rencontré quelques groupes contenant de grosses gouttelettes graisseuses.

Les canaux biliaires sont dilatés et plus volumineux qu'à l'état normal; les uns sont sectionnés transversalement et ont leur lumière oblitérée par une masse verdâtre; d'autres se présentent dans le sens de leur longueur; partout où on les rencontre, ils occupent l'épaisseur des travées fibreuses inter-lobulaires au milieu desquelles il est facile de les reconnaître à la coloration rouge vif de leur épithélium.

Les vaisseaux sanguins inter-lobulaires, dont le calibre paraît à peu près normal, sont plongés, ainsi que les précédents, dans l'épaisseur des travées fibreuses; leur paroi se continue avec ces dernières, les veines centrales des lobules sont très difficiles à retrouver, et, en bon nombre de points, on n'y peut parvenir; enfin, le tissu conjonctif de nouvelle formation est traversé par des capillaires tortueux et dilatés par places, mais en nombre relativement peu considérable, nous avons vu plus haut qu'il en existait de semblables entre les rangées de cellules hépatiques.

En résumé, sclérose monolobulaire, à la fois extra et intra-lobulaire, avec augmentation de volume et de nombre des canaux biliaires, caractères qui permettent de ranger les lésions observées dans la classe des *cirrhoses hypertrophiques*; toutefois, on remarquera que les rameaux de la veine-porte étaient englobés au milieu du tissu scléreux, que leurs parois se continuant avec celui-ci avaient dû perdre leur contractilité et que les capillaires intra-lobulaires nous ont paru moins développés que dans les cas de cirrhose hypertrophique type, ce qui pourrait peut-être expliquer la présence d'ascite dans ce cas.

7. Dystocie par cloisonnement transversal du col;
par M. BUCQUET, interne provisoire.

La nommée N..., Clémentine, âgée de 38 ans, entrée le 11 avril 1882, salle Saint-Ferdinand, lit n° 10, à l'hôpital Saint-Louis, service d'accouchements.

Cette femme a eu un premier enfant il y a dix-neuf ans. Depuis ce premier accouchement, qui a été très heureux, elle n'a pas eu d'autre grossesse, jusqu'au mois de juillet 1881, où elle devint enceinte de nouveau. Etant à terme dans les premiers jours d'avril, elle entra chez une sage-femme. Là, le dimanche 9 avril, perte très considérable, à la suite de laquelle un médecin appelé diagnostiqua une implantation vicieuse du placenta, et fit transporter la malade à l'hôpital Saint-Louis, après avoir introduit trois tampons de charpie.

A l'arrivée de cette femme à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 11 avril au matin, on constate que le ventre est très volumineux et très dur, ce qui rend l'exploration par le palper abdominal à peu près inutile. A la vulve, il y a un écoulement séro-sanguinolent déjà fétide. L'auscultation de l'abdomen ne permet pas d'entendre les battements du cœur du fœtus. Par le toucher vaginal, on pénètre dans le col utérin dont l'orifice est à peine dilaté comme une pièce de quarante sous, mais on ne peut arriver sur aucune partie fœtale. L'état de la malade s'étant aggravé dans la soirée sans que travail soit plus avancé, M. Guéniot, appelé, avec MM. Berger et Champetier de Ribes, trouve l'orifice du col utérin plus largement dilaté. Le doigt s'engage dans un canal long de 5 à 6 centimètres, recourbé en avant derrière la symphise du pubis, au delà duquel il est arrêté par une surface élastique. Ce n'est qu'en passant tout à fait en avant derrière la symphise du pubis que le doigt s'engage dans un orifice virtuel jusqu'alors, et qui est ainsi progressivement dilaté. M. Guéniot débride alors la bride musculo-membraneuse qui ferme cet orifice, avec des ciseaux courbes, et au-dessus il rencontre le placenta inséré centralement sur l'orifice. Le placenta est perforé à son tour avec les ciseaux, et la main pénètre dans l'utérus pour y rencontrer une partie fœtale, qui est reconnue pour la main gauche.

Le fœtus est donc en présentation de l'épaule gauche, le dos en avant. Après plusieurs tentatives pour faire la version, l'état de la malade devient assez grave pour que l'on soit obligé de renoncer à toute nouvelle manœuvre.

La mort arrive en effet trois heures plus tard, vers cinq heures du matin, sans qu'on eût pu terminer l'accouchement.

AUTOPSIE, faite le mercredi 12 avril, à 5 heures du soir, douze heures après la mort.—On enlève l'utérus tout d'une pièce avec ses annexes. Puis après l'avoir fendu sur la

ligne médiane de haut en bas par sa face antérieure, on enlève le fœtus qui était en présentation de l'épaule gauche, le dos en avant, la main gauche passée par l'orifice du col. Fœtus mâle, très volumineux, pesant 3 kilog. 500 gr., macéré et infiltré. On fend, en dernier lieu, le vagin et le col de l'utérus par la face antérieure. Le canal cervical est largement dilaté dans sa partie inférieure.

A une distance de 10 centimètres environ de l'orifice inférieur du col, se trouve un diaphragme musculo-membraneux, paraissant de nature cicatricielle. Ce diaphragme a la forme d'une valvule semi-lunaire attachée à la face postérieure de la cavité utérine, qui obturait pendant la vie à peu près complètement l'orifice supérieur du col utérin. L'épaisseur de cette valvule n'est pas très considérable. Sa plus grande hauteur atteint 4 à 5 centimètres.

Sa partie droite est intacte. Sur sa partie gauche se trouve une déchirure, résultant du débridement opéré avec les ciseaux courbes.

Sur la face supérieure de cette valvule venait s'insérer le placenta, qui recouvrait ainsi l'orifice supérieur du col, en même temps qu'il s'insérait pour sa plus grande partie sur la paroi postérieure de l'utérus. Ce placenta était décollé en partie vers son bord gauche. Dans sa partie médiane correspondant au diaphragme musculo-membraneux, il était largement perforé par les ciseaux courbes. C'était par cet orifice artificiel qu'on avait pu arriver sur les parties fœtales et diagnostiquer la présentation.

RÉFLEXIONS. — Il s'agissait donc ici d'un cas de dystocie dans lequel l'insertion vicieuse du placenta jointe à la présence de cette valvule membraneuse jetée au-dessus de l'orifice supérieur du col avait joué le principal rôle.

Quant à l'origine de cette valvule musculo-membraneuse, il est difficile de l'expliquer. Il ne s'agit point là d'une malformation congénitale du col, puisque cette femme était accouchée heureusement 19 ans auparavant.

La forme de cette valvule ne permettait pas de penser qu'on eût affaire ici à une tumeur fibreuse. On ne peut guère l'expliquer que par un travail cicatriciel consécutif à une lésion due à l'accouchement précédent — ou peut-être à une affection moins ancienne. — Sur ce point, les renseignements nous manquent entièrement.

8. Tuberculose pulmonaire. — Angine et laryngite tuberculeuses. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre; par M. BABINSKI, interne des hôpitaux.

Gilbert, âgé de 28 ans, entre dans le service de M. CORNIL, à la Pitié, dans le mois d'octobre 1881.

Le début de sa maladie remonte à environ deux ans; jusque-là, il avait été bien portant et il ne présente pas d'antécédents héréditaires; on constate actuellement les symptômes d'une tuberculose pulmonaire à la troisième période, sur lesquels je ne m'arrête pas et qui dénotent la présence d'une caverne volumineuse à chaque sommet. Sa voix est éteinte et cette aphonie remonte au mois de septembre; il éprouve une légère dysphagie et ressent une douleur à l'arrière-gorge qui remontent à la même époque. A l'examen de la bouche, on voit une rougeur dans la région amygdalienne, les amygdales sont petites et atrophiées; sur les piliers antérieurs, on constate la présence de saillies grisâtres sur la surface rosée de la muqueuse; sur la paroi postérieure du pharynx existe une petite ulcération irrégulière, présentant à sa surface des points blanchâtres. Le reste de la muqueuse de la cavité buccale paraît absolument saine. Si l'on touche le fond de la gorge, on arrive sur l'orifice supérieur du larynx qui est douloureux à la pression et l'on sent les bords de l'épiglotte irréguliers, ulcérés; en somme, nous avons là, chez un malade dont la tuberculose pulmonaire remonte à deux ans, les symptômes d'une laryngite et d'une angine tuberculeuse qui se sont développées peu de temps avant son entrée à l'hôpital.

C'est aussi vers la même époque que le malade a vu se développer à la lèvre supérieure une ulcération que l'on constate actuellement et dont voici les caractères: cette ulcération est à peu près circulaire, diamètre de près d'un centimètre. Elle occupe en majeure partie la portion muqueuse de la lèvre; les bords ne sont pas indurés, ils ne présentent qu'une très légère saillie, l'ulcération est très superficielle et presque au même niveau que son pourtour; lorsqu'on a débarrassé, au moyen de cataplasmes l'exsudat qui la recouvre, on voit qu'elle est constituée par un fond rosé sur lequel se détachent d'une part des traînées d'un rouge foncé paraissant constituées par des vaisseaux et d'autre part quelques petites saillies blanchâtres. A la pression, on provoque un peu de douleur, pas d'engorgement ganglionnaire.

L'état actuel du malade est très altéré; le malade s'affa-

blit de jour en jour et succombe dans le milieu de mars 1882. L'ulcération de la lèvre ne s'est pas modifiée depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au moment de sa mort. Ainsi donc, cette ulcération qui s'était développée vers le commencement de 1881 avait persisté jusqu'au milieu de mars 1882, jusqu'à la mort de notre malade, après avoir présenté, pendant cinq mois environ, un état à peu près stationnaire.

AUTOPSIE.—On constate les lésions vulgaires de la phthisie chronique sur lesquelles je n'insisterai pas. Chaque poumon présente une caverne volumineuse occupant tout le lobe supérieur ; la portion inférieure est farcie de granulations grises et jaunes. Le cœur est petit, sans altérations.— Le foie est volumineux, en dégénérescence graisseuse ; les reins sont de volume normal, pâles, gras, ne présentant pas de dégénérescence amyloïde ; la rate offre un volume et un aspect normal ; l'estomac et les intestins ne présentent rien de particulier à noter ; dans le larynx, on voit des ulcérations sur les bords de l'épiglotte et sur les cartilages aryténoïdes.

Examen microscopique. — Cet examen a porté sur les amygdales, le pharynx et l'ulcération de la lèvre.

Dans les amygdales, qui étaient petites, atrophées, on trouve des follicules tuberculeux très nombreux, avec cellule géante au centre des follicules occupant la superficie de l'amygdale et le pourtour des cryptes ; ils paraissent occuper la place qu'occupent à l'état normal les follicules clos ; dans le pharynx, sur une coupe faite au niveau de l'ulcération, que nous avons signalée plus haut, on voit au niveau de l'ulcération même et sur son pourtour des follicules tuberculeux semblables à ceux qui existaient dans les amygdales.

L'ulcération de la lèvre présente les caractères suivants : l'épiderme s'amincit à mesure qu'on s'approche de l'ulcération et finit par disparaître sur son pourtour. L'ulcération est recouverte d'un exsudat fibrineux et immédiatement au-dessous on trouve, dans certains points, du tissu conjonctif composé en majeure partie par des faisceaux entre lesquels existent des cellules peu nombreuses. Dans d'autres points, entre les faisceaux de tissu conjonctif, se voient quelques faisceaux musculaires. Enfin, dans d'autres points, on trouve des nodules composés par des cellules embryonnaires, au centre desquelles existent parfois des cellules géantes. Ces nodules se présentent aussi au pour-

tour de l'ulcération, immédiatement au-dessous de l'épiderme. Plus profondément, entre les faisceaux musculaires de la lèvre, on trouve par places quelques nodules ou follicules semblables aux précédents. Dans certains endroits, ces follicules présentent les caractères de la dégénérescence caséuse; dans d'autres, ils paraissent subir la transformation fibreuse; les artères sont épaissies. Quant aux fibres musculaires, elles n'offrent pas d'altération. Les follicules que nous rencontrons là sont donc composés par des amas de cellules embryonnaires au milieu desquels on rencontre parfois une cellule géante. Ces follicules sont semblables à ceux que nous avons rencontrés dans les amygdales et le larynx, si ce n'est qu'ils sont moins nombreux et moins distincts. Si l'on n'avait comme une unique lésion que cette ulcération de la lèvre, il serait évidemment impossible de dire, par les seuls caractères que nous avons indiqués, s'il s'agit d'une lésion tuberculeuse ou scrofuleuse de la lèvre; mais étant données les lésions manifestement tuberculeuses qui existaient dans les autres organes, nous croyons que cette ulcération peut être considérée d'une façon indubitable comme de nature tuberculeuse.

9. Méningite aiguë suppurée consécutive à une otite moyenne et à la suppuration des cellules mastoïdiennes :
par M. J. DARIER, interne des hôpitaux.

Dans l'après midi du 11 avril 1882, on apporte dans le service de M. BLACHEZ, à l'hôpital Necker, salle Saint Ferdinand, le nommé Gi..., âgé de 49 ans, cocher. Cet homme d'une constitution très vigoureuse, puissamment musclé, doué d'un embonpoint notable, est dans un état de complet, et l'on ne peut obtenir aucun renseignement sur lui.

Voici les symptômes que nous observons à la visite du soir : Perte de connaissance absolue, résolution musculaire; d'un côté comme de l'autre, les membres soulevés retombent lourdement sur le lit. La respiration est halotante, anxieuse; mais par moments elle s'accélère, s'accompagne de gémissements, et le malade, paraissant souffrir beaucoup de sa tête, lève alors les bras pour la saisir à deux mains, agite ses membres inférieurs et contracte les muscles de sa face dans une expression de douleur. De ce fait le diagnostic hémorrhagie cérébrale, qui se présentait l'esprit tout d'abord, était écarté.

Les yeux sont convulsés en haut et à droite, les pupilles

dilatées, l'attouchement des conjonctives provoque le réflexe palpébral. Sur tout le reste du corps, la sensibilité est abolie et une épingle plongée dans la peau n'amène aucune réaction motrice. — 6 ventouses scarifiées sur la nuque ne donnent presque pas de sang. La respiration devient bientôt de plus en plus gênée (52 par minute) et voile à l'auscultation les bruits du cœur, le pouls est insensible; cyanose; refroidissement des extrémités. La mort survient à 9 heures du soir.

Nous n'avions constaté aucune trace de contusion, pas d'écoulement par le nez, ou les oreilles, rien si ce n'est la trace d'un petit vésicatoire placé récemment derrière l'oreille gauche. Le diagnostic, si difficile dans ces conditions, l'eût été bien moins si nous avions eu les renseignements que nous avons recueillis après la mort.

Non alcoolique, jouissant jusque-là d'une bonne santé, Gi... avait été pris au mois de janvier, sans cause connue, de maux de tête, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, accompagnés d'un écoulement purulent peu abondant par l'oreille, lequel se tarit bientôt. Cette céphalalgie, ce vertige l'empêchaient souvent de travailler et depuis cette époque il n'a guère pu aller à son ouvrage que deux jours par semaine. Pourtant, fait remarquable, il a passé encore toute la journée du dimanche 9 avril, 2 jours avant sa mort, sur son siège. Le soir, souffrant plus il s'était couché, avait perdu connaissance dans la nuit, et le médecin qui le soignait avait diagnostiqué une méningite consécutive à une otite.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — La calotte crânienne, épaisse, se détache facilement.

A l'ouverture de la *dure-mère* s'écoulent 60 à 100 grammes de pus verdâtre, phlegmoneux, nullement enkysté, comme on a pu le constater avant l'incision en le faisant fluctuer facilement d'arrière en avant et dans tous les sens. A la face interne de la dure-mère, on voit adhérent en plusieurs points des fausses membranes très minces et friables demi-transparentes. Pas d'adhérences avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Les sinus contiennent comme d'ordinaire du sang noir et épais.

L'*encéphale* offre, outre une congestion générale de la pie-mère, des traînées de pus épanché tout autour des veines, dans l'espace sous-arachnoidien. Ces lacs purulents existent partout à la surface, mais en grande abondance surtout sur le lobe sphénoïdal gauche et à la face supérieure du cervelet. La base en présente beaucoup moins. Les con-

fluents en particulier et les scissures de Sylvius sont libres. Les circonvolutions ne se décortiquent que difficilement. Sur des tranches faites avec soin dans les deux hémisphères et dans le cervelet, on ne découvre aucun abcès du cerveau.

Rocher. Pour chercher la cause de cette méningite, nous arrachons la dure-mère de la base du crâne et nous ne tardons pas à tomber, à l'union de la face postérieure du rocher gauche avec la portion écailleuse, sur un petit foyer purulent. A ce niveau, la dure-mère est saine, non ulcérée pas même notablement congestionnée. Mais une érosion de la lame osseuse met à nu les cellules mastoïdiennes sur une surface grande comme un haricot. Ces cellules, ouvertes ensuite largement par un trait de scie, sont trouvées remplies de pus crémeux; leur muqueuse est tuméfiée et d'un rouge violacé, mais le tissu osseux sous-jacent n'est enflammé que dans une très légère étendue. Disons ici qu'il n'y a aucune tuméfaction, aucun œdème derrière l'oreille et qu'à l'extérieur l'apophyse mastoïde a l'aspect absolument normal. Une coupe longitudinale du rocher, passant par l'axe du conduit auditif externe, nous permet de constater ce qui suit: Intégrité du conduit auditif externe dont la muqueuse est normale. Intégrité de la membrane du tympan qui n'est perforée en aucun point et qui offre à peine un peu de rougeur de sa face profonde. Inflammation de la caisse du tympan qui est remplie de pus, dont les parois sont rouges et tuméfiées, mais encore à un degré modéré. Les osselets ont été en partie détruits par la scie: nous retrouvons pourtant le marteau qui est intact et adhère au tympan. L'oreille interne n'offre pas de lésion appréciable.

Tous les autres viscères sont normaux, un peu de congestion seulement du foie et des poumons. Inutile d'ajouter que nous n'avons pas trouvé trace de tubercules.

RÉFLEXIONS.—C'est là une histoire absolument classique. Nous avons cru pourtant qu'elle renfermait un enseignement. Cette otite durant 3 mois, ne se manifestant presque que par des symptômes rationnels sans perforation du tympan, sans œdème mastoïdien, devait paraître peu effrayante. Et cependant elle se termine par une méningite foudroyante qui emporte un homme vigoureux en deux jours.

N'y a-t-il pas là de quoi corroborer deux préceptes: L'un ancien, qui recommande une réserve extrême dans le pronostic des affections inflammatoires de l'oreille; — l'autre

plus moderne, qui conseille dans les cas de ce genre une intervention chirurgicale hardie et précoce par la paracentèse du tympan, et, au besoin, par la trépanation des cellules mastoïdiennes.

10. M. GIBIER présente: 1° Un rétrécissement tricuspidé et mitral chez une femme de 35 ans.—2° Un rétrécissement mitral et aortique avec infarctus dans les reins.

Séance du 21 avril 1882.

PRÉSIDENTE DE M. HANOT.

11. M. CHANTEMESSE présente un cas de *mal de Pott cervical* avec *pachyméningite caséuse* et compression de la moelle.

M. BALLET dit avoir examiné au microscope deux cas de *pachyméningite caséuse* et avoir trouvé dans les deux cas la caractéristique anatomique du tubercule, le follicule tuberculeux.

M. CORNIL dit qu'une première fois, en 1874, l'examen histologique des végétations externes de la dure-mère, dans un cas de *pachyméningite caséuse*, lui avait montré, disséminées au milieu d'une matière granuleuse, des cavités contenant des cellules irrégulières, semblables aux cellules épithélioïdes, et, au centre, de grandes cellules analogues aux cellules géantes. A cette époque, on ne connaissait pas en France les cellules géantes. Il crut à des coagulations dans les vaisseaux lymphatiques enflammés.

Plus tard, il revint sur cette opinion, et, renonçant à sa première idée, d'autant plus aisément que d'après M. Sappey, il n'existe pas de lymphatiques dans la dure-mère, il admit qu'il s'agissait de follicules tuberculeux, et que, dans les *pachyméningites caséuses*, on pouvait observer

des groupements d'éléments semblables aux granulations tuberculeuses.

Dans ces derniers temps, une autopsie de pachyménin-gite caséuse, faite à la Pitié, lui a fourni l'occasion d'étudier à nouveau la lésion au microscope. Les végétations de la face externe de la dure-mère étaient formées de cellules embryonnaires ; on y voyait aussi des vaisseaux en petit nombre qui venaient se rendre à la base du bourgeon charnu. A la partie profonde, on trouvait constamment des cellules géantes très nettes, sans groupement bien distinct des éléments en follicules tuberculeux. La question est de savoir si l'existence des cellules géantes et même des follicules tuberculeux implique nécessairement l'idée de tuberculose. On trouve en effet ces éléments dans un certain nombre d'inflammations chroniques, arthrites, abcès froids, qui, pour beaucoup d'auteurs, n'ont aucun rapport avec la tuberculose.

M. Cornil ajoute qu'il a étudié dernièrement la membrane limitante du séquestre musculaire produit par le microbe du *choléra des poules*. Cette membrane est formée par le tissu conjonctif épaissi de l'inflammation chronique. La face interne de la poche est tapissée par une couche presque continue de cellules géantes, les plus belles et les plus nettes qu'on puisse voir. Ces cellules sont remplies de gouttelettes graisseuses. Dans les anfractuosités de la poche, on peut trouver parfois des particules de substance musculaire enkystées. Ces petits séquestres microscopiques, mesurant à peine 2 à 3 centièmes de millimètre, sont enveloppés de cellules géantes, réunies tout autour par leur bord et se confondant en une même immense et colossale cellule géante, toute semée de noyaux, au milieu d'une substance granuleuse.

Puisqu'on trouve des cellules géantes dans le tissu d'inflammation chronique développé autour d'un corps étranger, il faut donc se montrer fort réservé dans l'interprétation des faits et ne pas se hâter de conclure de la présence de ces cellules géantes à la nature tuberculeuse de la lésion.

12. M. PHOCAS présente deux cas de ramollissement cortical; l'un ayant détruit le lobe temporal et le pli courbe, sans trouble apparent de la vue ; l'autre occupant le lobe

occipital et la partie supérieure de la pariétale ascendante.

13. M. GIBIER montre une *endocardite végétante des valvules de l'artère pulmonaire* ; le cœur gauche était sain.

14. M. NETTER présente un cas d'hypertrophie cardiaque qu'il croit être un exemple de *myocardite scléreuse primitive*.

M. CORNIL fait remarquer que l'examen histologique peut seul nous apprendre si le rein, d'apparence normale à l'œil nu, n'est pas atteint de néphrite interstitielle.

15. Adénie ; par **M. CHANTEMERSE**, interne des hôpitaux.

Villeneuve, âgé de 29 ans, entre le 17 janvier 1882 dans le service de **M. FERNET**, à l'hôpital Beaujon. Il est atteint d'hypertrophie ganglionnaire au niveau du cou, des aisselles et des aines. Le début de sa maladie remonte au milieu de l'année précédente. Jusqu'alors, sa santé avait été très bonne ; il n'offrait dans ses antécédents aucune manifestation de diathèse : ni scrofule, ni syphilis.

Vers le mois de juillet 1881, il s'aperçut que les ganglions situés dans l'aisselle gauche augmentaient de volume ; ils grossissaient peu à peu et ce développement continu ne s'accompagnait que d'une faible douleur ou plutôt d'un peu de gêne. La cause de cette hypertrophie est restée complètement inconnue du malade, il n'a jamais subi aucun traumatisme, aucune plaie du bras gauche ou des régions qui donnent naissance aux lymphatiques tributaires des ganglions axillaires. La tuméfaction s'accrut assez rapidement, gagna les glandes sous-claviculaires, cervicales, celles de l'aisselle droite et des aines.

Vers la fin de l'année 1881, il entra dans le service de **M. Fernet**, à l'hôpital Lariboisière ; l'examen du sang ne laissa constater aucune augmentation du nombre des globules blancs. Le malade prit chaque jour, pendant un mois, 15, puis 20 gouttes de teinture d'iode, sans amélioration sensible dans son état.

A son entrée à l'hôpital Beaujon, vers la fin de janvier 1882, les ganglions de l'aisselle gauche avaient acquis à peu près le volume du poing ; ils constituaient une tumeur irrégulièrement bosselée se continuant sous forme de chapelet avec les glandes lymphatiques sous-claviculaires. Le

cou avait démesurément grossi ; les régions sous-hyoidiennes et sous-occipitales étaient principalement élargies, la peau saine et de coloration normale reposait sur de grosses masses inégales et indurées. Les ganglions de l'aisselle droite avaient subi un accroissement un peu moindre ; ceux des aines étaient suffisamment développés pour amener par compression veineuse de l'œdème de la verge et des bourses. Pas d'hypertrophie notable de la rate et du foie. L'état général du malade était relativement satisfaisant ; les douleurs à peu près nulles, l'appétit conservé ; le phénomène objectif le plus directement inquiétant consistait dans une gêne modérée de la respiration, accompagnée d'un peu de toux ; la percussion, en effet, et l'auscultation décelaient l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique droite. Traitement : 3 fois par jour, dans une tasse d'eau de riz, 5 gouttes de teinture d'iode suivant la formule de M. Guéneau de Mussy : alcool à 96° 15 grammes ; iode métallique 1 gramme.

1^{er} mars. L'hypertrophie ganglionnaire a fait des progrès sur tous les points ; un peu d'ascite, d'œdème de la paroi abdominale et du membre inférieur droit.

Les ganglions cervicaux et parotidiens ont tellement augmenté de volume que la tête semble reposer sur un cou de taureau. Depuis une huitaine de jours, la température s'est élevée ; elle oscille journellement entre 38° et 39°. En plusieurs régions du corps, notamment en avant et en arrière de la poitrine, la palpation fait reconnaître de petits nodules indurés sous-cutanés ; ce sont de petits lymphomes qui se développent chaque jour.

5 mars. Toutes les fois que le malade tousse ou arrête sa respiration, on voit se gonfler les veines sous-cutanées en avant du sternum.

10 mars. Grande fièvre ce matin ; la température est au-dessus de 40°. Un érysipèle a débuté au niveau d'une plaie excoriée de prurigo à la fesse gauche et s'est étendue avec une grande rapidité. Il couvre tout le tronc en arrière et gagne un peu la partie antérieure. Le soir, il envahit l'aisselle gauche et la cuisse.

11 mars. L'état général est un peu moins grave. L'extension de l'érysipèle, favorisée sans doute par l'œdème antérieur des tissus, se fait sans intermittences. Les 2 membres inférieurs et le bras gauche jusqu'au coude sont atteints. A chaque systole ventriculaire, on voit nettement le reflux du sang dans les veines sous-cutanées de la région antérieure de la poitrine.

13 mars. La température est à 40°, le pouls filiforme. L'érysipèle a gagné la moitié inférieure de la face.

14 mars. A la partie externe du genou gauche, une phlyctène crevée a donné issue à une énorme quantité de sérosité. L'examen du sang (oculaire 1, objectif 6 de Verick) ne laisse voir que 6 globules blancs dans le champ de la préparation.

15 mars. Adynamie profonde. — Mort.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — A l'ouverture du corps, grande quantité de gaz dans l'abdomen ; pas d'ascite. A la face interne du sternum, plusieurs ganglions gros comme des noisettes échelonnés tout le long des veines mammaires droites et comprimant un peu ces vaisseaux. Pas d'hypertrophie du thymus ni du corps thyroïde. De grosses masses composées de ganglions qui possèdent des volumes différents depuis la grosseur d'un haricot jusqu'à celle d'une noix, séparés et réunis par un tissu cellulaire lâche de telle sorte qu'en affectant en général la forme sphérique, ils se moulent cependant les uns sur les autres par leurs facettes correspondantes. Ils forment à gauche 2 grosses masses égales en totalité au volume du poing, siégeant l'une dans la région sous-hyoidienne et l'autre dans la région parotidienne gauche, où ils vont rejoindre les ganglions sous-occipitaux engorgés. Ces ganglions reposent sur les gros vaisseaux du cou, sans effacer complètement leur calibre et sans interrompre par conséquent la circulation. A droite, mêmes tumeurs et même disposition, mais en proportion moindre.

Poumons. Pas d'adhérences pleurales, excepté à la base gauche, au niveau du diaphragme et dans la gouttière costo-diaphragmatique. Retirés du thorax en même temps que le cœur, on constate sur la face antérieure : En avant de la veine cave supérieure, un gros ganglion couché verticalement sur la face antérieure de la veine cave, long de 4 cent. et gros comme l'index ; le calibre de la veine est conservé. Au niveau de la languette pulmonaire qui s'avance un peu à droite sur la veine cave, un noyau induré du volume d'une noix ; incisé, il offre un aspect blanchâtre lardacé et est composé par la réunion de grains blancs gros comme des lentilles séparés entre eux par des lignes noires qui semblent être du tissu pulmonaire sain. Le tissu pulmonaire environnant paraît normal ; pas de coque enveloppante. Le reste du poumon est congestionné, mais ne présente pas d'autre noyaux néoplasiques.

Une section du poumon gauche fait reconnaître au mi-

lieu du lobe moyen un gros noyau blanc de même nature et de même aspect que le précédent; gros comme une mandarine, il se différencie nettement du tissu pulmonaire; sa forme n'est pas absolument sphérique et il n'a pas de membrane enveloppante. Le raclage de la coupe fraîche ne donne pas sur le couteau de suc lactescent. Cette tumeur est également composée de lobules isolés les uns des autres, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une olive, mais plus confluent et plus réunis les uns aux autres que dans la tumeur du poumon droit.

Sur la face inférieure de ce même poumon gauche, il existe immédiatement sous la plèvre un semis de petites granulations de même nature, distantes les unes des autres de 1 ou 2 centimètres, paraissant siéger le long des trajets lymphatiques, grosses les unes comme une tête d'épingle, les autres comme une lentille.

Cœur. Rien à signaler que la dilatation du cœur droit. *Rate* normale à l'œil nu; un peu grosse, 220 grammes. *Reins* gros également pesant 290 gr. chacun. Congestionnés. Rien à la coupe.

Foie très gros, 2800 grammes. Aspect du foie gras; onctueux au toucher; les lobules à l'œil nu paraissent hypertrophiés, leur volume qui mesure d'habitude 1 mm. carré sur la coupe paraît ici en avoir 2. Rien dans tout le parenchyme excepté à la partie moyenne du bord inférieur du lobe droit où existe une tumeur que nous allons décrire. A ce niveau, l'organe adhère au diaphragme. La surface externe de la tumeur hépatique présente une sorte de cicatrice rayonnée peu profonde. Incisée, elle offre à peu près le volume d'une orange, composée elle aussi d'une agglomération de lobules plus ou moins gros confluent à la partie centrale et plus isolés à mesure qu'on approche du tissu sain. Mêmes caractères macroscopiques que dans les tumeurs précédentes.

Pancréas sain, entouré de toutes parts par des ganglions dégénérés; il faut le sculpter à coups de couteau pour le retirer de cette masse lardacée.

Estomac vascularisé et ecchymosé dans sa muqueuse par places. Aspect mamelonné au niveau de la grande courbure. *Intestin*, rien à signaler; pas de lésions appréciables des organes lymphoïdes. *Mésentère* gorgé de ganglions qui entourent les gros vaisseaux le long de la colonne vertébrale. L'hypertrophie ganglionnaire se continue dans le petit bassin et se montre surtout développée au niveau des aines; les vaisseaux du membre inférieur sont entourés de toutes parts et comprimés.

Cerveau, rien à signaler; pas d'athérome.

Aorte normale. Trachée et grosses bronches. Aspect congestionné de la muqueuse; mais nulle part de compression suffisante pour diminuer le calibre ou même altérer la forme cylindrique.

Il existe quelques ganglions peu développés au niveau du hile pulmonaire à gauche. A droite à la partie postérieure du hile, grosse masse ganglionnaire dégénérée, étendue verticalement, hauteur 3 cent. 1/2, épaisseur d'un gros pouce.

Pneumogastriques. Le gauche est à peine dévié au niveau du hile; il est séparé des ganglions par un tissu cellulaire lâche et ne semble pas altéré.

Le droit passe à la partie postérieure de la masse ganglionnaire, il est un peu repoussé en arrière, mais il est également séparé de la tumeur par du tissu cellulaire lâche, et quelques coups de ciseau suffisent pour l'isoler; par l'intermédiaire de ce tissu conjonctif, il n'est que faiblement adhérent.

Peau. Nodule sous la peau du sternum, gros comme un petit haricot, développé dans le tissu cellulaire.

Examen microscopique. — Il fait voir que les néoplasies sont bien constituées par du tissu lymphoïde. Une coupe mince de différents noyaux fixés par l'alcool au tiers, traitée par le pinceau, présente le tissu réticulé caractéristique.

Les reins ne contiennent pas de productions adénoïdes, mais leurs artérioles ont une tunique externe très épaissie et les capsules glomérulaires sont plus fibreuses que normalement. Ça et là, surtout à la partie centrale des lobules, au niveau des prolongements de Ferrein et dans la région des tubes droits de la pyramide, un peu de tissu de sclérose teinté en rouge par le carmin et qui se présente sous forme de plaques ou de bandes suivant le sens de la coupe.

La rate, qui paraissait saine à l'œil nu, contient un très grand nombre de petits foyers où la substance lymphoïde est très abondante et comme tassée. Ces foyers, de volume variable, présentent presque tous à leur centre une artériole oblitérée dont les parois ont subi un épaississement très notable. Différentes de volume, ces productions sont également différentes de texture; les unes sont formées par un amas de petites cellules qui prennent vivement la coloration rouge avec un réticulum très fin, les autres ont une charpente conjonctive beaucoup plus dense.

Les noyaux pulmonaires, composés par la réunion de grains blanchâtres isolés les uns des autres par de petites

lignes pigmentées, sont formés par une accumulation de cellules lymphatiques plongées dans un stroma réticulé. La cavité des alvéoles est comblée par ces cellules ; on reconnaît cependant encore en certains points la trace de leurs parois devenues plus fibreuses. La ligne de séparation des royaux, qui, à l'œil nu, tranchait par sa coloration grisâtre sur l'aspect blanc des parties, est formée par des trainées de sclérose infiltrées de pigment noir. Ces bandes ont presque toutes pour point de départ des artérioles à peu près oblitérées, atteintes d'endo et de péri-artérite. Chose remarquable, la production fibreuse est beaucoup moins développée autour des veines. Nous n'avons malheureusement pu suivre le mode d'envahissement du tissu pulmonaire.

Nous avons examiné une des petites tumeurs sous-cutanées. Elle est composée de tissu lymphoïde accumulé sous forme de nodosité ; la coupe montre qu'elle est enveloppée d'une coque fibreuse complète, qui l'isole du tissu cellulaire sous-cutané. L'intérieur de la néoplasie est parcouru par de petites bandes fibreuses qui lui constituent plusieurs loges.

L'examen du foie nous a permis de constater des lésions très remarquables, parce qu'elles diffèrent totalement des altérations qu'on a trouvées jusqu'ici dans les autopsies d'adénie. L'hypertrophie de la glande n'est pas due en effet à une congestion avec dilatation des vaisseaux. Deux régions sont à étudier : les points où l'organe semblait n'avoir subi qu'une augmentation de volume des lobules, et ceux où s'étendait la néoplasie lardacée. Nous examinons d'abord ces derniers.

A l'œil nu, on voyait les nodules blanchâtres séparés par des lisérés sombres ; sur les coupes colorées par le picrocarmin, les lignes de séparation sont des bandes fibreuses plus ou moins épaisses, à disposition annulaire, ayant leur centre de formation et de rayonnement autour des espaces portes comme cela existe dans la cirrhose atrophique. Ces trainées de sclérose, plus denses à leur centre que sur leurs parties marginales, laissent encore reconnaître sur leurs bords des jeunes cellules qui n'ont pas subi une complète évolution conjonctive. Les organes contenus dans les espaces, veine porte, artère hépatique et canaux biliaires, ont leurs parois très épaissies et sont en partie oblitérés. Les nodules blanchâtres sont composés ou bien en totalité de très petites cellules ayant fixé fortement le carmin et s'étant complètement substituées au parenchyme glandulaire, ou bien de jeunes cellules encore, entre lesquelles persiste un certain nombre de trabécules hépatiques déformées.

mées et atrophiées mais reconnaissables à leurs granulations grisâtres. Toujours le réticulum caractéristique est présent.

Les régions indemnes à l'œil nu présentent une double lésion de l'épithélium glandulaire et des espaces.

Dans les points de l'organe que nous avons examinés, il existe dans la plupart des petits espaces, autour d'un vaisseau porte, une plaque de sclérose, dense au niveau de la paroi de la veine atteinte de péri et d'endophlébite, moins fibreuse à la périphérie où l'on voit de nombreuses cellules jeunes. Les vaisseaux portes coupés longitudinalement montrent leurs parois infiltrées d'éléments embryonnaires, de telle sorte que ces veines semblent être la voie de cheminement et de propagation de la néoplasie. Le parenchyme environnant a subi une dégénération intense. Les cellules qui entourent immédiatement les points où s'étale un nodule de tissu lymphoïde sont chargées d'une ou plusieurs gouttelettes de graisse; elles paraissent donc franchir cette étape avant de devenir partie intégrante de la tumeur.

Au centre du lobule, près de la veine hépatique qui, elle, n'est pas altérée, les trabécules sont modifiées par un processus actif de destruction cellulaire. Le résultat est la fragmentation des cellules hépatiques et par suite l'augmentation du nombre des éléments isolés et l'hypertrophie du lobule. Cette altération ressemble d'assez près à celle de l'ictère grave, mais, dans ce dernier cas, on assiste à un effondrement de l'organe avec diminution de volume, tandis qu'ici nous constatons un accroissement.

Que faut-il donc penser de cette lésion intra-lobulaire? N'est-elle que le premier degré de la dégénérescence lymphoïde et arrive-t-elle commandée immédiatement par la maladie spécifique? ou plutôt ce processus est-il en dehors de l'essence même de la maladie, survenu dans la cachexie finale? Nous penchons pour cette dernière opinion, parce que les néoplasies, dans le foie, nous ont semblé se développer bien systématiquement dans l'intérieur et les parois de certains canaux portes. Là sont venues s'emboliser et se greffer des particules néoplasiques développées dans les organes de l'abdomen, où prennent naissance quelques-uns des rameaux de la veine porte.

Séance du 28 avril 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

16. Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires.— Angiocholite suppurée.— Mort.— Autopsie ; par M. BERTHAUT, interne des hôpitaux.

La nommée Cany Stéphanie, âgée de 22 ans, nourrice, est entrée le 11 avril 1882 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr MILLARD, salle Sainte-Marthe, lit n° 19.

Ordinairement bien portante, cette femme a toujours eu une menstruation régulière. Devenue enceinte au mois de décembre 1880, elle a eu une fièvre typhoïde et elle est accouchée à terme le 18 septembre 1881. Reçue à Paris comme nourrice depuis 4 mois et demi, elle a vu réapparaître ses règles au commencement du mois de février 1882. Depuis son accouchement, elle a eu trois époques menstruelles.

Le 7 mars, au moment des règles, elle a éprouvé, dans le côté droit de l'abdomen, de violentes douleurs accompagnées de vomissements abondants et bientôt suivies d'un ictère qui a duré huit jours seulement ; jamais elle n'avait éprouvé rien de semblable. Ce premier accès de colique hépatique coïncidait avec l'époque des règles.

Le 7 avril, pendant la dernière époque menstruelle, la malade a éprouvé des douleurs abdominales très vives et elle a eu plusieurs vomissements bilieux. Le lendemain, apparition de l'ictère. Ce second accès de colique hépatique survenait, comme le premier, au moment d'une époque menstruelle.

Le 9 avril, éruption d'herpès sur la lèvre inférieure.

11 avril. Fin des règles. Ictère intense et coloration jaune des téguments et des conjonctives ; démanagements de la peau ; matières fécales décolorées ; urines foncées en couleur, renfermant non seulement du pigment biliaire, mais encore une notable quantité d'albumine. Le lait est jaune. L'hypochondre droit est très douloureux à la palpation et à la percussion. Le foie, volumineux, débordé en bas les fausses côtes droites de cinq centimètres environ. Fièvre le soir. T. 39°,2. Depuis le 7 avril, la malade a tous les

jours, dans la soirée, un frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes.

12 avril. M. Millard, après avoir examiné la malade avec le plus grand soin, pense qu'il s'agit d'une angiocholite due à l'oblitération des voies biliaires par un calcul. L'existence de la lithiase biliaire paraissait certaine, et le diagnostic était justifié par les deux accès de colique hépatique qui coïncidaient avec l'époque des règles, par l'ictère et par les accès de fièvre quotidiens. Traitement : purgatifs ; six ventouses scarifiées sur la région hépatique. Le matin, pas de fièvre. T. 37°,6. Dans la journée, frisson léger. Soir : T. 39°,8.

13 avril. Nouvelle éruption d'herpès labial. Le matin, T. 37°. Dans la journée, frisson. — Le soir, T. 38°,6.

14 avril. T., le matin 36°, le soir 37°. Le soir, après que la température a été prise, vers cinq heures, il survient un frisson intense, suivi d'abord d'une chaleur désagréable de la peau, puis de sueurs abondantes.

15 avril. *Matin* : T. 37°,8. Dans l'après-midi, il survient un petit frisson. Après le frisson, la température s'élève à 38°,6. Douleur dans le côté droit. Frottements pleurétiques en arrière de la poitrine, au niveau de la base du poumon droit.

16 avril. *Matin* : T. 38°. Vésicatoire en arrière de la poitrine du côté droit. Petit frisson dans la journée. *Soir* : T. 38°,4.

17 avril. *Matin* : T. 37°,8. Dans la journée, frisson intense avec claquement de dents. *Soir* : T. 40°. Sueurs très abondantes.

18 avril. *Matin* : T. 39°. Augmentation de volume du foie. Vésicatoire sur la région hépatique. Sulfate de quinine, 1 gramme par jour. Dans l'après-midi, frisson très intense avec claquement de dents. *Soir* : T. 41°. Sueurs abondantes.

19 avril. *Matin* : T. 38°. Tous les jours, le frisson apparaît un peu plus tôt que la veille. Aujourd'hui il survient vers midi. *Soir* : T. 39°,6. Le foie paraît plus volumineux. Face bouffie, surtout la joue gauche. Œdème des membres inférieurs et de la région lombaire. Un peu de météorisme abdominal. Albuminurie au même degré.

20 avril. *Matin* : T. 39°. L'ictère est de plus en plus intense. Le ventre est ballonné, la paroi abdominale est tendue, les muscles sont dans le relâchement. La palpation, devenue plus facile, permet de reconnaître exactement les limites du foie et de sentir nettement son bord inférieur. En palpant, on sent bien qu'avant d'arriver sur le foie la

main déplace une mince couche de liquide. Il y a donc un peu d'ascite. Le foie est devenu très volumineux. Au niveau du creux épigastrique, il dépasse un peu du côté gauche la ligne médiane ; son bord inférieur, mince, descend un peu au-dessous d'une ligne transversale passant par l'ombilic. Au niveau de l'ombilic, on sent un petit lobe moins dur que le foie, dont il est séparé par un petit sillon. C'est probablement le fond de la vésicule biliaire. La matité hépatique s'étend depuis la ligne transversale qui passe par les mamelons jusqu'au-dessous de la ligne ombilicale. En arrière de la poitrine, on constate, vers la base du poumon droit, de la matité et des frottements. L'œdème des membres inférieurs et de la région lombaire n'a pas diminué. Traitement : lait, eau de Vichy, toujours 1 gramm. de sulfate de quinine par jour. Vers 11 heures du matin frisson léger. Soir : T. 39°,8.

21 avril. Frisson intense le matin, avant la visite. Après le frisson, T. 40. Pouls, 120. En arrière de la poitrine, vers la base du poumon droit, matité, souffle intense et râles sous-crépitaux. Dans la journée, collapsus, cyanose, refroidissement des extrémités. Le soir, la température est descendue à 36°,6.

22 avril. Matin : T. 38°. Cyanose, nez refroidi ; extrémités encore chaudes ; pouls petit, très fréquent. Etat adynamique. La bouffissure de la face, l'œdème des membres inférieurs et de la région lombaire ont encore augmenté. En arrière de la poitrine, matité et souffle, au niveau de la base des deux poumons. La matité est plus étendue et le souffle est plus intense du côté droit. — Mort à 2 heures du soir.

AUTOPSIE, le 24 avril, à 9 heures du matin. — Pleurésie droite avec épanchement peu abondant de sérosité colorée en jaune. Fausses membranes unissant la base du poumon droit au diaphragme. Les bronches sont remplies de mucosités jaunes. Les poumons sont congestionnés, surtout vers la base. En divers points du tissu pulmonaire, on trouve de petits foyers renfermant du pus coloré en jaune. A la surface des poumons, on voit quelques petites plaques jaunes. Ce sont des infiltrations de liquide jaune sous le feuillet viscéral de la plèvre. A la base du poumon droit, vers le bord postérieur, il existe une cavité anfractueuse grosse comme une noix environ. Dans cette cavité, vient s'ouvrir un canal formé en partie par des fausses membranes, en partie par le diaphragme. Le cœur est à peu près normal. La valvule mitrale est seulement un peu

épaissie et le tissu musculaire a une coloration un peu jaunâtre. Les reins sont congestionnés. La rate n'est pas augmentée de volume. Elle est ramollie et a une coloration lie de vin.

Estomac. La muqueuse est injectée au niveau de la portion de la petite courbure qui est voisine du cardia. Dans le duodénum, on trouve une poche hydatique rompue, enroulée sur elle-même. Les feuillets stratifiés qui constituent la membrane hydatique sont très apparents. La couche granuleuse interne est très altérée; on y voit quelques crochets seulement. Le péritoine renferme une assez grande quantité de sérosité jaune.

Le foie est très volumineux, ainsi qu'on avait pu le constater pendant la vie de la malade. Son extrémité gauche occupe sa partie supérieure du creux épigastrique. A la surface, on voit quelques petites plaques jaunes qui ne sont autre chose que des infiltrations de pus sous la capsule de Glisson.

Dans toute la portion du foie qui est à droite du ligament suspenseur, le tissu hépatique est ramolli et friable. De la surface des coupes, il s'écoule une grande quantité de pus jaune, qui provient des canaux biliaires sectionnés. Sur divers points, il y a des petits foyers gros comme de petites noisettes et renfermant du pus jaune. Ce sont des dilatactions ampullaires des canaux biliaires intra-hépatiques. Puisque partout, le tissu hépatique a une coloration marbrée brune et jaune. Les lobules sont distincts; leur centre est brun, leur périphérie est jaune. En quelques points, on trouve des îlots peu étendus qui sont uniformément colorés en rouge brun. L'aspect spécial de ces îlots est dû à une infiltration de sang.

L'extrémité gauche du foie a une consistance dure. Là, le tissu hépatique paraît sclérosé et crie sous le scalpel quand on le coupe; sa coloration est jaune clair. A la surface des coupes, on distingue nettement quelques zones arrondies, grisâtres, très dures, comme fibreuses, les zones grisâtres sont placées au milieu d'un tissu jaune clair, moins induré.

Sur le bord postérieur du foie, immédiatement à droite de la veine cave inférieure, se trouve une cavité du volume d'une mandarine. Les parois de cette cavité sont formées par le tissu hépatique, par le diaphragme et par la veine cave inférieure, laquelle ne paraît pas altérée. Cette cavité s'est développée sous la capsule de Glisson qui, repoussée, s'est accolée au diaphragme et à la veine cave inférieure. Sa surface interne est très irrégulière et a une coloration grisâtre. Quelques-unes des saillies dont elle est hérissée

ont un aspect un peu nacré. Sur la paroi diaphragmatique de la cavité, il y a un orifice large comme une pièce en argent de cinquante centimes. C'est à cet orifice que commence le canal qui s'ouvre dans la cavité creusée dans la base du poumon droit. Il y a donc, par l'intermédiaire de ce canal, qui rampe sur la face supérieure du diaphragme, une communication entre la cavité hépatique et la cavité pulmonaire.

Dans l'extrémité gauche du foie, est creusée une autre cavité qui a le volume d'une orange; la paroi de cette cavité est formée par le tissu hépatique, sclérosé et aminci, surtout au niveau de la portion péricardique du diaphragme, à laquelle elle est adhérente. Sa surface interne très irrégulière offre une coloration grisâtre et de nombreuses saillies. Quelques-unes de ces saillies sont très dures et ont subi une transformation cutanée. Cette cavité communique largement avec la branche du canal hépatique, par l'intermédiaire d'un canal, dont la surface est irrégulière et grisâtre, et qui admet facilement le doigt indicateur.

Les canaux biliaires intra-hépatiques sont dilatés, mais d'une manière inégale; quelques points de leur trajet sont le siège de dilatations ampullaires. Ils sont remplis de pus jaune; leur muqueuse est injectée, mais ne présente pas d'ulcérations bien nettes. La branche droite du canal hépatique est beaucoup moins large que la branche gauche dans laquelle l'index pénètre avec facilité.

Le canal hépatique admet aussi facilement le doigt indicateur: le canal cholédoque est encore plus large que le canal hépatique, et sa surface interne est le siège de dépressions larges et nombreuses.

L'ampoule de Vater est très dilatée; elle se continue sans ligne de démarcation avec le canal cholédoque et semble constituer avec lui un canal unique, dont l'orifice duodénal est large comme une pièce en argent de vingt centimes. A cause de cette disposition, le canal pancréatique paraît se jeter dans le canal cholédoque, son orifice se présente sous la forme d'une dépression allongée, difficile à trouver, limitée par un repli peu saillant, et situé au voisinage du bord de l'orifice duodénal. La vésicule biliaire et le canal cystique ont un aspect normal. Il n'y a pas trace de calcul biliaire. La veine porte et les veines sus-hépatiques ne paraissent pas altérées.

Examen histologique du foie, fait par M. BRAULT, préparateur d'histologie pathologique à la Faculté. — 1° Des coupes nombreuses pratiquées sur le lobe gauche du foie montrent qu'il est le siège d'une sclérose diffuse très irrégulière.

gulière. Il existe en certains points des bandes fibreuses très épaisses, dans d'autres extrêmement minces. Au milieu des bandes du tissu conjonctif, on reconnaît les vestiges des canaux biliaires, dont les uns sont complètement oblitérés, dont d'autres présentent encore une cavité assez nette.

La lumière de quelques conduits est remplie par une accumulation de cellules lymphatiques altérées, irrégulières, grenues, surtout au centre qui est homogène et presque caséeux.

Il n'est pas douteux que ces altérations, extrêmement avancées et répandues dans tout ce qui restait du lobe gauche du foie, ne soient survenues à la suite de l'oblitération des gros canaux biliaires, se rendant à ce lobe, ou à la suite de leur compression chronique par la tumeur hydatique décrite plus haut. La sclérose primitivement développée autour des canaux biliaires, et reconnaissant comme cause première l'angiocholite chronique par oblitération, a déterminé secondairement l'atrophie presque complète du lobe gauche.

2° Quant aux lésions beaucoup plus récentes et beaucoup plus aiguës du lobe droit, elles sont caractérisées par tous les degrés de l'angiocholite suppurée diffuse.

Le début de la lésion est très facile à voir dans les canalicules biliaires interlobulaires dont le revêtement épithélial cylindrique est conservé et dont la lumière est comblée par des cellules de pus. A un degré plus avancé, la paroi des canalicules biliaires est infiltrée de cellules lymphatiques, formant plusieurs couches disposées d'une façon très régulière.

Ce n'est que dans les points où les abcès sont très volumineux que le centre est très altéré et que le revêtement cylindrique des canalicules n'est plus visible. Dans ces points, l'abcès développé excentriquement envahit l'espace interlobulaire tout entier, empiète sur les lobules voisins qu'il détruit — par leur périphérie — et même dans certains points détruit plusieurs lobules pour former des abcès très volumineux.

Nulle part il n'existe de pyléphlébite. La lésion est donc uniquement constituée par une angiocholite suppurée diffuse.

RÉFLEXIONS. — On peut résumer ainsi cette observation :

1° Kyste hydatique suppuré du bord postérieur du foie, ouvert dans le poumon droit. Accidents pleuro-pulmonaires. 2° Kyste hydatique de l'extrémité gauche du foie,

ouvert dans la branche gauche du canal hépatique. Premier accès de colique hépatique et ictère passager, causés par le passage à travers les voies biliaires d'une petite vésicule hydatique. Deuxième accès de colique hépatique, obstruction des voies biliaires, ictère intense et angiocholite suppurée produits par la membrane hydatique tout entière traversant le canal hépatique, le canal cholédoque et l'ampoule de Vater.

17. Péricardite hémorrhagique. — Epanchement pleurétique à gauche ; par M. L. BUTTE, interne des hôpitaux.

Le nommé Prophette, âgé de 85 ans, entre le 24 avril 1882, à 9 heures du matin, à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, service de M. QUINQUAUD. Il est dans un état de prostration tel qu'il ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents; la surveillante de sa salle nous apprend qu'il était habituellement bien portant, qu'il respirait bien; depuis quatre jours seulement, il manquait d'appétit, se plaignait d'un rhume et toussait la nuit; en même temps, il était très oppressé et ses jambes commençaient à enfler. Ce matin, l'oppression a augmenté et on l'a fait entrer à l'infirmerie.

Il est somnolent, très abattu, ne répond que par monosyllabes. Il ne présente pas trace de paralysie. La face est cyanosée; il y a un œdème assez considérable des membres inférieurs. Le pouls est inégal, irrégulier.

Irrégularité également dans les battements cardiaques. A l'auscultation des poumons, on constate qu'à gauche de la poitrine, en avant comme en arrière, il y a une diminution du murmure vésiculaire qui s'étend dans toute la moitié inférieure, rien à droite. A la percussion, on trouve à gauche de la matité: Dyspnée extrême. T. R. 38°, 2. Mort à 4 heures du soir.

AUTOPSIE, le 26 avril. — Encéphale. Rien dans la protubérance, ni dans le cervelet. Aucune lésion corticale dans les hémisphères cérébraux, rien non plus dans les noyaux centraux.

Foie. A peu près normal; il est cependant un peu scléreux. **Reins.** Un peu atrophiés, ils présentent le premier degré de la néphrite interstitielle. **Rate.** Périsplénite. **Plèvre.** Epanchement peu abondant d'un liquide citrin dans la plèvre gauche qui présente quelques fausses membranes. Rien à droite. **Poumons.** Ils sont sains, sauf la

base du poumon gauche qui est un peu atelectasiée. *Cœur et péricarde.* Le péricarde est épaissi ; lorsqu'on l'ouvre, il laisse échapper une assez grande quantité de liquide sanguin qu'on peut évaluer à 500 grammes à peu près. Ce liquide a tout à fait l'aspect du sang veineux. Les deux feuillets de la séreuse sont recouverts de fausses membranes récentes, rougeâtres, peu adhérentes ; elles forment sur le péricarde des sortes d'alvéoles assez analogues à celles d'une ruche d'abeille. Pas d'adhérences anciennes ni récentes.

Le cœur est volumineux, dilaté. Poids : 495 gr. Surcharge grasseuse sous-péricardique énorme ; au-dessous, le tissu musculaire est pâle et présente une faible épaisseur.

Pas d'insuffisance ni de rétrécissement aortique. Rien non plus du côté de la valvule mitrale. Les artères coronaires sont perméables.

RÉFLEXIONS. — La péricardite est ici compliquée de dilatation cardiaque avec dégénérescence grasseuse du cœur. C'est là ce qui existe le plus généralement ; mais, ici, faut-il dire que la péricardite est secondaire, faut-il penser qu'elle est primitive ? Nous inclinons vers cette seconde hypothèse : la rapidité avec laquelle sont survenus les accidents cardiaques, l'abondance de l'épanchement ont parfaitement pu être la cause de la dilatation et de la dégénérescence.

Nous insisterons encore sur ce fait de la coexistence d'une pleurésie gauche avec une péricardite. C'est une règle souffrant peu d'exceptions de voir un épanchement dans la plèvre gauche lorsqu'il existe une péricardite. Au point de vue de l'étiologie de l'un ou de l'autre épanchement, nous pensons également que la pleurésie a été consécutive ; le peu d'abondance de l'épanchement pleural, la quantité assez considérable du liquide péricardique nous font pencher vers cette opinion.

Parlerons-nous de la difficulté du diagnostic ? Ici, la péricardite n'a pas été diagnostiquée ; l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche avec matité et diminution du murmure respiratoire a fait oublier le péricarde. Cependant, l'apparition brusque des phénomènes cardiaques (œdème des membres inférieurs, dyspnée considérable, état asphyxique et surtout l'irrégularité des battements cardiaques) aurait pu mettre sur la voie ; mais la marche rapide de la maladie, la mort survenue brusquement n'ont

pas permis de faire un examen long et minutieux et l'on s'est borné à la constatation des signes pleurétiques qui pouvaient, à eux seuls, vu l'âge du malade, expliquer les phénomènes observés.

18. M. CORNIL montre une série de dessins représentant les lésions du choléra des poules et confirmant la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

19. M. BOURCY présente un cas d'abcès périnéphrétique d'origine osseuse chez un individu atteint de néphrite calculeuse.

M. SCHWARTZ dit qu'il a observé dernièrement un fait qui est la contre-partie de celui de M. Bourcy. Une femme tuberculeuse atteinte d'une ostéite de l'os iliaque et de la colonne vertébrale eut un abcès périnéphrétique avec fistule persistante. On se crut en droit de rattacher l'abcès à la lésion osseuse. Or, à l'autopsie, on constata que l'abcès ne communiquait nullement avec la lésion du bassin, mais qu'il s'était développé autour d'un foyer tuberculeux du rein.

Le Secrétaire,

CH. TALAMON.



MAI

Séance du 5 mai 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

I. Rein amyloïde. — Gros rein blanc. — Urémie. — Kyste hydatique du foie. — Noyau d'hépatisation grise à la base du poumon gauche; par M. le Dr Albert JOSIAS, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Renaudie, Marie, âgée de 46 ans, cuisinière, est entrée le 5 décembre 1881, salle Sainte-Anne, lit n° 3, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur HARDY.

Cette malade est entrée le 5 décembre 1881, présentant les symptômes suivants : œdème blanc, dur, des membres inférieurs; douleurs lombaires, absence d'ascite, œdème léger de la figure, décoloration des téguments, hydrothorax à droite, râles sous-crépitaux à la base du poumon gauche, albumine en quantité notable dans les urines qui sont peu abondantes. Régime lacté. Tannin, 0 gr. 10. 4 pilules par jour.

Dans le courant de janvier 1882, la malade, très pâle, urine davantage : un litre et demi environ. Les râles sous-crépitaux perçus aux deux bases des poumons avaient disparu. L'albumine diminuait dans des proportions notables. La malade commit alors l'imprudence de descendre dans le jardin, où elle subit un refroidissement brusque. Elle remonta immédiatement dans la salle où, le soir, à la contre visite, nous constatons une bronchite aiguë, intense, (râles sibilants et sous-crépitaux généralisés) et une diminution considérable des urines qui étaient albumineuses. En même temps, la malade se plaignait de douleurs lombaires et offrait de l'anasarque.

4 février. Cette malade est très oppressée; c'est à peine si elle peut répondre aux questions qu'on lui adresse. Elle reste dans le décubitus dorsal, langue sèche, légèrement

saburrale. Deux ou trois vomissements la veille ; diarrhée persistante depuis 15 jours. Râles sous-crépitants en arrière, aux deux bases. Les battements du cœur sont difficilement perçus, en raison de la gêne respiratoire et des nombreux râles disséminés dans les poumons. Céphalalgie. Délire durant la nuit. Œdème notable des jambes. Abdomen légèrement saillant à sa partie inférieure, dont la peau est œdématiée. Traitement : Ipéca 1 gramme.

6 février. La malade se plaint de douleurs sourdes dans les oreilles, accuse une céphalalgie intense et a déliré toute la nuit. Les urines, sont rares. Coloration verdâtre, urée très diminuée. Acide urique absent ou indosable. Albumine en quantité considérable. Urohématine absente. Soir : Faciès anxieux, pâle, œdématié. Respiration trachéale. Anasarque. Respiration rude ; quelques râles muqueux disséminés dans les poumons. Diarrhée. Pouls petit, fréquent. T. 38°2.

Décédée le 7 février, à 8 heures du matin.

AUTOPSIE le 8 février, à 9 heures du matin.—A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un peu de liquide ascitique. Le foie est très volumineux, occupe l'hypochondre droit, la région épigastrique et tout l'hypochondre du côté gauche ; il recouvre entièrement l'estomac qu'il refoule en arrière et en bas.

Le ligament suspenseur partage le foie en deux parties bien distinctes, séparées surtout au niveau du bord antérieur par un sillon profond. La moitié droite du foie, très volumineuse, refoule le diaphragme auquel il adhère entièrement (périhépatite) ; il en résulte que la plus grande partie de cette région du foie est protégée par les fausses côtes. Dès que le foie est enlevé de la cavité abdominale, on constate à la surface convexe du foie, à droite, une tumeur kystique, ayant les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur est manifestement fluctuante. L'ouverture de cette tumeur permet de reconnaître qu'on se trouve en présence d'un énorme kyste hydatique, dont l'enveloppe est représentée par une membrane épaisse, résistante, fibreuse, et dont le contenu est constitué par une multitude d'hydatides. De ces hydatides, les unes sont colorées en vert, affaissées ; les autres (hydatides filles) ne sont autres que de petites poches renfermant un liquide transparent comme de l'eau de roche et des débris d'échinocoques. Son contenu pèse 1 k. 190.

Le foie, avec son kyste non incisé, pèse 2900 grammes : le kyste ayant été incisé et complètement vidé, le foie pèse

1710 grammes. Il en résulte naturellement que le contenu hydatique pesait 1190 grammes.

Le rein droit est plus volumineux, plus hypertrophié que le rein gauche. La décortication est facile. C'est à peine si en quelques points seulement la membrane fibreuse, adhérente, arrache quelques parties de la substance rénale. *Aspect extérieur* : bord convexe d'un rouge vineux. Toute la surface du rein est d'un blanc grisâtre et présente quelques stries capillaires rouges. Ça et là, au milieu de la coloration rosée du bord convexe, on trouve quelques points blanc jaunâtre qui ont les dimensions d'une tête d'épingle. Au niveau de l'extrémité supérieure, la substance rénale, grisâtre, est surtout altérée par le fait de la putréfaction. Circonférence : 33 centimètres ; la hauteur, d'une extrémité à l'autre, égale 14 centimètres ; la largeur est de 7 centimètres 1/2. Sur la face postérieure, plusieurs points kystiques ayant les dimensions d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. *Aspect intérieur* : les pyramides, au nombre de six, sont rosées et se détachent nettement sur un fond blanc jaunâtre. La substance corticale tout entière à la périphérie et entre les pyramides est jaunâtre. Cette coloration jaune graisseuse se caractérise à la loupe par une surface jaune sur laquelle on distingue une série de traînées blanches, bien dessinées, et perdues au milieu d'un tissu gris pâle. A la périphérie de la substance rénale, on ne distingue pas un seul glomérule ; cependant, à la loupe, on trouve encore quelques points rouges et des stries sanguines. Au niveau du hile, pelotons adipeux peu nombreux.

Rein gauche. A la surface, quelques points kystiques renfermant un liquide séreux. La décortication se fait très facilement. Il n'existe aucun point adhérent entre la capsule fibreuse et la surface externe du rein. Ce rein est légèrement ratatiné, rétracté ; cette rétraction contraste avec l'aspect du rein droit. Pour ce fait, le bord convexe irrégulier présente des saillies et des dépressions. La surface extérieure mamelonnée présente une série de taches jaunâtres : ces taches sont constituées par des points blancs sur un fond jaunâtre (*aspect nougat de Montélimart*). A la coupe, la surface interne présente 6 pyramides de Malpighi rosées et entourées d'une substance blanc jaunâtre ; celle-ci, à aspect graisseux, occupe toute la périphérie du rein et tout l'espace compris entre les pyramides jusqu'aux calices. A la périphérie et avec la loupe, on constate un semis de points blancs, mais on ne distingue que quelques glomérules sous la forme de points rosés.

La rate est étroite et allongée; elle est friable et recouverte d'une coque fibreuse épaisse. Poids : 218 grammes. Le poumon gauche est congestionné à la base; il présente, à ce niveau, un noyau dur consistant. La section de ce noyau révèle une surface grisâtre dont la pression fait sourdre un liquide purulent, non aéré. Un fragment de ce noyau plongé dans l'eau ne surnage pas.

Le poumon droit est aussi congestionné à la base, mais sans noyau d'hépatisation. Le cerveau ne présente rien d'anormal. Pas de sérosité dans les méninges ni dans les ventricules.

Examen histologique du rein, pratiqué par M. le Dr Talamon, chef de clinique de la Faculté. — Les coupes du rein colorées par le violet de Paris montrent une dégénérescence amyloïde des glomérules, des artérioles et d'un grand nombre de capillaires. Tous les glomérules et toutes les artérioles sont fortement colorés en rouge par le violet de méthylaniline. Le glomérule est transformé tout entier en un bloc d'une substance amorphe colorée en rouge et ne présente plus d'ordinaire trace de ses éléments constitutifs; dans quelques-uns, toutefois, le bouquet vasculaire est encore reconnaissable malgré l'infiltration amyloïde. Les tuniques des artérioles paraissent confondues en une seule, représentée par un cercle épais, fortement coloré en rouge; il n'y a pas d'endartérite ni de périartérite appréciable. Dans un grand nombre de points, on voit l'infiltration amyloïde se généraliser aux capillaires, qui forment entre les tubuli un réseau à mailles irrégulières colorées en rouge, les tubuli restant colorés en bleu. Sur des coupes faites perpendiculairement à la surface du rein, on voit très nettement les artérioles interlobulaires monter entre les canalicules sous forme de lignes rouges entre deux rangées des glomérules infiltrés de matière amyloïde.

Les canalicules ne présentent nulle part trace de dégénérescence amyloïde, ni de leurs cellules de revêtement, ni de leur paroi. Un grand nombre montrent leur lumière occupée par la coupe d'un cylindre colloïde coloré en bleu par le violet; d'autres sont remplis de cellules à demi détruites, granuleuses, et contenant encore leur noyau; d'autres sont vides de tout revêtement épithélial.

La coloration des coupes par le picro-carmin fait ressortir vivement l'épaississement très marqué de la trame conjonctive du rein. Cette trame est fibroïde, formée de tissu conjonctif adulte et ne contient que de rares cellules embryonnaires. Les glomérules aussi bien que les canali-

cules sont enveloppés par les bandes épaisses de tissu adulte. Il y a donc à la fois néphrite interstitielle et néphrite épithéliale avec dégénérescence amyloïde très avancée des glomérules, des artérioles et d'une partie des capillaires.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante, parce qu'elle nous permet de montrer le type du gros rein blanc. Tous les jours, en effet, on constate des altérations rénales, répondant à un mal de Bright, et s'écartant, sinon par les lésions histologiques, du moins macroscopiquement, du cas type, tel que Bright l'a décrit, et semblable à celui que Charcot a rapporté dans ses Leçons sur les maladies des reins. Pour ces diverses raisons, il nous a semblé utile de présenter un gros rein blanc, remarquable par ses caractères exclusivement macroscopiques. Et, en effet, l'examen histologique, pratiqué par mon ami le Dr Talamon, démontre que nous avons affaire à un rein amyloïde. A côté de ces considérations rapides, d'ordre anatomique, nous préciserons un point que nous avons signalé dans l'histoire clinique de notre malade. Nous mentionnons, en effet, dès les premiers jours, l'existence d'un hydrothorax à droite que nous rapportons naturellement à l'affection rénale. Et comment n'en eût-il pas été ainsi ? Le côté droit de la poitrine était à peine amplifié, se caractérisait par de la matité, une absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, par tous les signes en un mot qui permettent d'admettre un liquide épanché dans la plèvre. Ce diagnostic d'hydrothorax trouvait de plus en plus sa confirmation clinique dans la manifestation des symptômes suivants : œdème pulmonaire, anasarque, albuminurie. L'autopsie nous a donné tort en nous faisant découvrir un volumineux kyste hydatique, siégeant dans le lobe droit du foie, et très rapproché de sa surface convexe. Ce siège dont la constatation ne se trouve pas à la portée de nos moyens d'investigation explique amplement notre méprise, peu préjudiciable dans l'espèce à notre malade. Quant aux phénomènes dyspnéiques qui se sont produits durant les derniers jours de la maladie et qui se sont accompagnés d'anurie, de collapsus, d'apyréxie, ils appartiennent en propre à l'urémie et n'ont présenté rien d'insolite.

2. Cirrhose hypertrophique graisseuse. — Hémorragie stomacale et intestinale très abondante. — Mort à la suite de ces hémorrhagies ; par M. BARBIER, interne provisoire.

S..., 47 ans, ménagère, entrée le 27 avril à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. HANOT. La date du début de la maladie remonte à cinq mois. Avant cette époque, la malade se portait très bien et jamais n'éprouva le moindre trouble fonctionnel, la moindre douleur qui pût appeler l'attention sur le tube digestif.

Alcoolisme manifeste. (Eau-de-vie le matin à jeun. En outre dans la journée elle buvait du vin entre ses repas).

Il y a cinq mois, elle éprouva tout d'un coup, sans cause appréciable, un dégoût prononcé pour les aliments, en même temps que commença une diarrhée persistante. A partir de ce moment, elle ne se rétablit plus, mais son état va en s'aggravant de plus en plus. Perte d'appétit. Douleurs d'estomac vagues et assez mal limitées. Amaigrissement. Diarrhée. Puis apparaissent le matin à jeun des vomissements glaireux. Pendant tout ce temps, elle se nourrit à peine avec un peu de lait.

Il y a 12 jours apparut une épistaxis assez abondante. Cet accident a d'ailleurs été précédé d'une période pendant laquelle la malade mouchait du sang, mais sans que celui-ci s'écoulât spontanément par les narines. Il y a 10 jours l'ictère apparut, débutant par les conjonctives, en même temps qu'un développement notable de l'abdomen.

Dans les jours qui suivent, l'ictère se prononce sur toute la surface du corps. Il y a 3 jours, hématomèse subite très abondante formée d'un mélange de sang rouge presque pur et de matière noire analogue à de la suie délayée dans l'eau. Ces vomissements sont très fétides. En même temps le sang se montre dans les selles qui prennent l'aspect de la poix.

Etat à l'entrée. Teinte cachectique. Abattement des traits. Amaigrissement. Le ventre est saillant mais peu tendu. Un peu d'ascite, œdème des membres inférieurs. Foie : débordé de quatre travers de doigts le rebord des fausses-côtes. On sent nettement son bord tranchant qui est lisse. Pas de douleur à la pression. Au creux épigastrique, pas de tumeur appréciable. La pression y est un peu douloureuse. Poumon : quelques râles disséminés de bronchite chronique. Cœur : pas de souffle. Battements faibles. Pouls petit. — Perchlorure de fer.

28 avril. Vomissements abondants, mais purement alimentaires. Prostration. Pas de fièvre. Lait. Rhum.

30 avril. Hématomèse rouge très abondante mélangée

de sang digéré, noir. Odeur infecte des vomissements. *Melœna*. La prostration s'accroît; cependant S... répond encore nettement aux questions qu'on lui pose. Lait glacé. *Rhum*. Perchlorure de fer.

2 mai. Toujours les mêmes vomissements, cependant un peu moins abondants. Prostration. S... répond à peine aux questions. Délire pendant la nuit; elle veut quitter son lit. *Pouls* petit; battements du cœur très faibles.— *Soir*. Coma. Refroidissement des extrémités. Respiration stertoreuse, *pouls* à peine sensible. Insensibilité aux excitations extérieures. Une injection sous-cutanée d'éther est faite sans que la malade semble s'en apercevoir.—Mort à 9 heures du soir.

AUTOPSIE, le 4 mai.— *Cavité abdominale*. Un peu d'ascite. *Liquide citrin*. *Poumon*. Pas de tubercules. *Cœur*. Parois du ventricule gauche très amincies. Le tissu offre la teinte feuille morte. Au toucher, il donne la sensation d'un corps gras. Il se déchire très facilement. Même altération graisseuse des muscles papillaires. *Foie* énorme. Diam. transverse 27 centimètres. Diam. antéro-postérieur 21 centimètres. Faut de balance il n'a pu être pesé. *Adhérences périhépatiques*, que l'on rompt facilement. Sa surface extérieure est grisâtre, elle est légèrement granuleuse. Les granulations peu saillantes ne dépassent pas la grosseur d'une tête d'épingle. A la coupe, le parenchyme crie un peu sous le couteau et apparaît de couleur jaune franc. La surface de section huile le papier et est parsemée de points rouges hémorrhagiques. Pas de thrombose de la veine porte.

Vésicule biliaire vide. *Reins* pâles, anémiés. Les bassinets sont remplis d'une énorme quantité de graisse. *Épiploon* et mésentère disparaissant pour ainsi dire sous des amas graisseux. *Appendices épiploïques* énormes.— *Estomac*. La surface interne est recouverte, d'une bouillie noirâtre sanguinolente, demi-liquide. Au-dessous la muqueuse est injectée, on y remarque quelques ecchymoses. Pas d'ulcérations, ni de néoplasmes.— *Intestin grêle*. Supérieurement on le trouve rempli d'une bouillie ayant la même apparence que celle qui se trouvait dans l'estomac. A l'extrémité supérieure, le sang est seulement peu altéré, mais cependant parfaitement encore reconnaissable. Par places, le sang est accumulé en si grande abondance qu'il forme de véritables poches sanguines. *Gros intestin*. Même contenu en grande abondance. La *muqueuse intestinale* est rouge, injectée, ecchymotique par places. Ni érosions, ni ulcérations, ni cancer. En somme, le sang contenu dans l'intestin avait évi-

demment été exhalé sur place et sur toute la longueur du tube digestif.

3. Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Abscès entre la tumeur et la trachée. — Ouverture de l'abcès dans la trachée. — Accès de suffocation. — Mort. — Autopsie ; par M. Aimé GUINARD, interne des hôpitaux.

Le nommé C. Antoine, âgé de 36 ans, est originaire du Cantal. Il habite Paris depuis l'âge de 16 ans et il exerce depuis 15 ans la profession de cocher. Il se dit obligé par son métier à boire beaucoup. C'est ainsi qu'il absorbe en moyenne six ou sept litres de vin par jour et un nombre illimité de petits verres d'eau-de-vie ; aussi, présente-t-il tous les signes classiques d'un alcoolisme confirmé (pituite le matin, dyspnée habituelle, cauchemars la nuit, etc.) A part cela, il s'est toujours bien porté et ne se rappelle pas avoir jamais interrompu son travail pour cause de maladie. Il a eu, il y a cinq ans, un chancre infectant au niveau du frein : à la suite de cet accident, il a eu des plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus. On trouve encore un engorgement notable des ganglions cervicaux et il porte sur la face interne de la jambe gauche et sur la paroi thoracique, au niveau de l'appendice xyphoïde, de larges cicatrices manifestement syphilitiques. Il est donc syphilitique et alcoolique ; mais nous ne trouvons dans son histoire aucun autre antécédent morbide (pas de rhumatisme, pas de fièvres intermittentes).

Le 21 avril 1882, en pleine santé, il est pris brusquement d'un accès de suffocation très intense. On l'a transporté dans une pharmacie du voisinage et de là, la dyspnée augmentant encore, on l'amène mourant à Lariboisière. Le 22 avril, nous le trouvons couché au n° 10 de la salle Saint-Charles, dans le service de M. PROUST. L'accès de suffocation qui a nécessité son admission la veille au soir a duré deux heures environ. Le malade est maintenant calme et répond parfaitement à toutes les questions. Il se plaint seulement de tousser beaucoup et d'être « très gêné pour prendre sa respiration. » Après chaque quinte de toux, il expectore des crachats purulents épais, adhérents au fond du vase et légèrement sanguinolents, si bien qu'on pense à l'existence d'une angine phlegmoneuse avec œdème de la glotte. La gorge, examinée avec soin, est absolument normale. A l'auscultation de la poitrine, on trouve des râles de bronchite. Râles sibilants, ronflants et sous-muqueux.

qui rendent l'examen du cœur très difficile. Cependant on ne constate dans cet organe aucune lésion d'orifice.

22 avril. A la visite du soir, nous trouvons le malade en proie à un accès de suffocation semblable à celui qu'il avait eu la veille. Il est assis sur son lit la face cyanosée. les yeux injectés. L'inspiration est bruyante et longue, mais, chose remarquable, la voix reste normale. La parole est brève, entrecoupée, difficile, mais le timbre de la voix n'est nullement modifié. De plus, les pupilles sont absolument semblables et les deux pouls radiaux battent avec la même force et la même régularité. Cet accès cesse après une durée d'une demi-heure et le malade peut passer une nuit très calme.

23 avril. Le malade est examiné avec soin à la salle de la laryngoscopie par mon ami Cochez; le fond de la gorge, les replis aryéno-épiglottiques, les cordes vocales sont tout à fait intacts. L'auscultation du cœur est négative et l'on ne trouve dans la poitrine que des signes de bronchite intense, comme le premier jour. A la visite du soir, l'état est toujours le même et le malade se trouve bien mieux. Au milieu de la nuit, il est pris brusquement d'un nouvel accès et il meurt subitement avant qu'on ait eu le temps de prévenir l'interne de garde.

AUTOPSIE. — Nous trouvons sur le trajet de la crosse de l'aorte un anévrysme de la grosseur d'une orange. Cet anévrysme est couché sur la bronche gauche et comprime la trachée au niveau de sa terminaison. Il adhère intimement à la partie supérieure de la bronche dont les anneaux cartilagineux sont intacts. En ouvrant longitudinalement la trachée le long de son bord droit, on voit que trois anneaux sont détruits en partie et flottent par leurs extrémités décollées dans la cavité trachéale. La muqueuse de la trachée est perforée à ce niveau et laisse pénétrer dans une petite loge comprise entre l'anévrysme et la trachée. Cette loge répond exactement à cette sorte de bourse séreuse qui a été décrite entre la crosse de l'aorte et la terminaison de la trachée. Elle est ici pleine d'un liquide purulent semblable à celui qui était expectoré par le malade au moment de ses accès. Quant à l'anévrysme, il n'était ouvert en aucun point : sa cavité était remplie de caillots stratifiés anciens. Le pneumogastrique gauche était étalé sur la paroi antérieure de la poche et on ne distinguait pas le lieu d'origine du récurrent du même côté.

Quant au cœur, ses parois n'étaient pas sensiblement hypertrophiées. La cavité ventriculaire gauche était dilatée,

mais les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient suffisantes. A la coupe, les poumons laissaient suinter un liquide purulent, spumeux, provenant évidemment de ce que les efforts d'inspiration du malade avaient chassé dans les petites bronches le pus de l'abcès inter-trachéo-anévrysmal. Je n'insiste pas sur les organes abdominaux qui ne présentent ici rien de particulier à noter.

RÉFLEXIONS. — En résumé, il s'agit là d'un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte qui n'a donné lieu pendant la vie à aucun des signes ordinaires de cette affection et qui a été méconnu. Entre la poche anévrysmale et la trachée, il s'est formé un abcès qui a détruit trois anneaux de la trachée et qui s'est ouvert dans les voies respiratoires en donnant lieu à des accès de suffocation répétés, suivis d'une expectoration purulente. Notons enfin que le malade était alcoolique et syphilitique et n'avait jamais eu de fièvres paludéennes.

4. Epithélioma cylindrique de la valvule iléo-cœcale. — Obstruction intestinale ; par M. E. BOULEY, interne des hôpitaux.

Le nommé Précardi, François, âgé de 48 ans, armurier, entré le 27 mars 1882, salle Gérando, lit n° 3, service de M. RENDU, à l'hôpital Tenon.

Antécédents. D'une bonne santé habituelle, accuse des excès de boissons. Son affection a commencé, il y a 15 mois, par une indigestion et des vomissements qui ont persisté pendant 6 semaines. Il aurait senti en ce moment aussi une douleur dans la fosse iliaque droite. Depuis lors, il n'a jamais été complètement rétabli ; il a repris son travail, mais il est obligé de le cesser de temps à autre. Les accidents sont toujours les mêmes ; il est pris par intervalles d'indigestions et de vomissements qui persistent pendant un temps variable, le plus habituellement pendant 2 ou 3 jours. Ces vomissements sont le plus souvent composés d'une bouillie jaunâtre exhalant une assez forte odeur. En même temps, depuis le début de son mal, la constipation est habituelle ; elle est remplacée, de temps en temps, par de la diarrhée. Depuis deux mois surtout, son ventre s'est ballonné ; P... a perdu ses forces et il a beaucoup maigri.

Etat actuel. Mauvais aspect général. Teinte terreuse de la face, différente de la teinte jaune paille. Faciès un peu péritonique ; traits étirés, pommettes saillantes, yeux

légèrement excavés. Le ventre est ballonné d'ailleurs d'une façon à peu près uniforme et bridé par les muscles grands droits de l'abdomen qui sont fortement tendus. La peau est molle, pâteuse, a perdu toute son élasticité et conserve les plis qu'on lui fait former. L'inspection seule du ventre ne fournit donc aucun renseignement pour le diagnostic. Il en est de même de la palpation et de la percussion. La palpation ne laisse sentir aucune tumeur et n'est plus particulièrement douloureuse au malade dans aucun point de l'abdomen. La percussion fournit de la sonorité à peu près égale dans toute l'étendue de l'abdomen. Pas d'ascite. Les intestins ne sont pas ramassés en paquet, ils sont le siège de contractions assez violentes pendant lesquelles on les voit se dérouler et se dessiner sous la paroi abdominale en produisant des gargouillements. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Le rectum est libre et on ne sent aucune tumeur dans le voisinage. Jamais ni hématomène ni mélena. Le malade urine bien. Pas de fièvre. Rien aux poumons ni au cœur.

L'appétit, quoique diminué, existe encore, mais le patient n'ose pas parfois le satisfaire complètement parce qu'il a remarqué qu'il était plus sujet à vomir. Depuis deux jours, les vomissements ont réapparu; le malade vomit spontanément une assez grande quantité d'une bouillie jaunâtre, exhalant une odeur fécaloïde. Coliques violentes. Constipation absolue; c'est à peine si les lavements ramènent quelques matières fécales. Pas même émissions de gaz, qui ont l'habitude de procurer au patient un grand soulagement. Traitement : régime lacté. Lavage de l'estomac qui se fait facilement, mais dont le malade ne retire aucun bénéfice. Les vomissements persistent.

1^{er} avril. Les vomissements ont diminué peu à peu depuis le 27 mars, jour de l'entrée. Aujourd'hui, ils ont complètement cessé. Le ventre est un peu moins ballonné. Émission de gaz par l'anus.

3 avril. De nouveau, coliques et vomissements. 1 pilule extrait belladone et poudre à 0,01 centigr.

4 avril. Vomissements moitié fécaloïdes, moitié alimentaires.

5 avril. Pas de vomissements;

6 avril. Pas de vomissements, mais coliques et gargouillements intestinaux.

7 avril. Même état, coliques.

8 et 9 avril. Même état, ventre ballonné.

10 avril. Vomissements fécaloïdes très abondants.

11 avril. Le malade vomit surtout après qu'il a bu un peu de lait.

12 avril. Ventre ballonné. Pas de selles ni de gaz.

13 avril. Vomissements moins abondants et moins fécaloïdes. Une selle hier matin et émission de gaz par l'anus.

14 avril. N'a pas vomi, a été à la selle.

15, 16, 17, 18, 19 avril. Absence de vomissements.

20 avril. Vomissements abondants. Bouillie jaune, brûnée, exhalant une odeur fécaloïde. Examinés au microscope ils présentent quelques fibres musculaires, des granulations graisseuses et autres, pas de sarcine. Traitement : Bière, lait, glace. Cataplasme laudanisé sur le ventre.

21 avril. Les vomissements continuent. Depuis quelque temps, l'état général du malade baisse considérablement. Il est très amaigri, les yeux sont excavés, le nez effilé, les pommettes saillantes. Cachexie profonde. Teinte terreuse et non jaune paille. Le ventre est toujours ballonné et résonne à la percussion. Gargouillements intestinaux. Coliques très douloureuses ; la douleur n'est pas bien localisée. Le malade accuse surtout une douleur transversale, au-dessous de l'ombilic, allant d'un flanc à l'autre.

22 avril. Même état. Une injection de morphine arrête complètement les douleurs et soulage beaucoup le malade. Vomissements fécaloïdes. Hoquet déjà depuis plusieurs jours.

24 avril. Les vomissements continuent. Emaciation complète. Le malade ne prend plus qu'un peu de potage. Le poulx est petit, fréquent, misérable, anurie.

25 avril. Vomissements, constipation absolue malgré les lavements glycerinés.

27 avril. Même état. Les piqûres de morphine apportent un peu de soulagement au malade et arrêtent les vomissements. Toujours anurie. — Mort le 28 avril.

AUTOPSIE. — La lésion cancéreuse siège exactement : niveau de la valvule iléo-cœcale. A l'ouverture du ventre les anses intestinales distendues ne laissent apercevoir aucune tumeur. Mais, en portant la main dans la fosse iliaque droite, on y sent une tumeur marronnée, dure, résistante. En soulevant l'anse intestinale qui la recouvre elle se présente sous la forme d'un boudin plein, siégeant à la terminaison de l'intestin grêle et au commencement du gros intestin. On croirait, au premier abord, à une invagination du petit intestin dans le gros. Péritonite adhésive et brides fibreuses immobilisant la tumeur dans la fosse iliaque. Elle forme un anneau serré qui laisse to

plus passer une sonde de femme. L'eau qu'on verse par le petit intestin, sort en mince filet par le bout inférieur.

L'intestin ouvert montre à ce niveau un froncement complet qui, une fois déplié, n'a pas une étendue de plus de 5 à 6 centimètres. Le tissu de la valvule est transformé en une masse bourgeonnante, molle, assez vasculaire, et commençant à s'ulcérer sur certains points. Cette tumeur présente quelques anfractuosités, au fond desquelles ce qui reste de tissu présente une teinte bleuâtre, ardoisée. L'épaisseur totale de la tumeur ne dépasse guère un centimètre, dans les points où elle atteint son maximum. L'anneau cancéreux n'excède guère non plus un centimètre en hauteur. Au-dessus de la masse cancéreuse principale, la muqueuse, sur une étendue de 3 à 4 cent., présente de petits bourgeons villositaires qui, à l'œil nu, paraissent de même structure que les bourgeons cancéreux de la tumeur proprement dite.

Toute la muqueuse du cœcum est transformée en végétations cancéreuses. Ulcères sur certains points. Le grattage de la tumeur fournit un suc laiteux. L'appendice iléo-cœcal n'est pas pris. Les ganglions mésentériques correspondants sont légèrement hypertrophiés.

Au-dessus de l'anneau constrictor, l'intestin grêle ne présente aucune altération. Mais il est dilaté et même hypertrophié. Même à l'œil nu, on aperçoit très distinctement les deux couches de fibres musculaires ; la couche transversale est environ trois fois plus épaisse que la couche longitudinale. Pincé entre les doigts, l'intestin offre une dureté et une épaisseur qu'on est loin de rencontrer sur un intestin normal. L'hypertrophie va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la tumeur, mais elle se poursuit très haut et elle est encore très appréciable à plus d'un mètre au-dessus du rétrécissement. L'épaisseur de la paroi intestinale à ce niveau est de 7 cent., dont 4 environ pour la couche transversale de fibres musculaires. L'intestin est également dilaté, si bien qu'au niveau même du duodénum, coupé et étalé, il mesure en largeur 19 cent. tandis que l'intestin normal d'un cadavre voisin ne mesure que 11 cent. au même niveau. Au-dessous de la tumeur, léger rétrécissement du gros intestin. Les colons, l'S iliaque et le rectum ne sont pas affaiblis et offrent la distension ordinaire qu'on rencontre sur beaucoup de cadavres. Mais leur tonus, normale d'ailleurs, fait contraste avec l'épaisseur du petit intestin. On y rencontre quelques matières fécales unâtres, demi-molles.

Les reins sont plutôt atrophiés avec des cicatrices et

quelques petits kystes à la surface. La substance parenchymateuse est diminuée de volume. Ils paraissent atteints de néphrite interstitielle.

Cœur de volume normal, mais avec épaissement des parois et des colonnes charnues du ventricule gauche. Athérome très prononcé de l'aorte avec plaques ulcérées ; quelques petites plaques athéromateuses dans la valvule mitrale. Cœur droit normal. Foie normal.

Examen histologique. — Cet examen nous a démontré qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique comme on pouvait bien s'y attendre d'ailleurs. Là n'était pas le point intéressant. La question d'intégrité ou de dégénérescence de ganglions était beaucoup plus importante. Nous avons donc examiné avec soin un des ganglions que nous avions trouvé légèrement hypertrophiés. Il n'était pas envahi par la néoformation. Il s'agissait là d'une hypertrophie simple et d'une inflammation chronique.

RÉFLEXIONS.—Le diagnostic cancer intestinal, siégeant au niveau du cœcum, avait été porté pendant la vie. Les symptômes d'obstruction chronique (vomissements, constipation alternant avec la diarrhée) avaient fait penser au cancer, et la douleur du début au niveau de la fosse iliaque droite, avait permis de le localiser, autant qu'il était possible de le faire, au niveau du cœcum.

1° Cette douleur du début, surtout quand elle est bien marquée, peut avoir une importance capitale, au point de vue de la localisation de la lésion. Quel autre signe en effet aurait pu, dans notre cas, permettre de diagnostiquer le siège ? Le ventre était uniformément ballonné, il n'y avait pas d'affaissement sur le parcours du gros intestin ; le malade, pendant son séjour à l'hôpital, ne ressentait plus qu'une douleur généralisée à tout l'abdomen ou transversale, siégeant au-dessous de l'ombilic, la palpation, rendue presque impossible par la tension des parois abdominales et le météorisme, n'avait jamais permis de sentir aucune tumeur.

Avouons cependant que, même chez notre malade, la douleur du début n'avait pas dû être très prononcée, car il ne semblait pas en avoir été plus particulièrement frappé et il n'en parlait pour ainsi dire qu'incidemment.

2° L'affection semble avoir suivi une marche régulière-

ment progressivo et le rétrécissement de l'intestin est devenu peu à peu de plus en plus serré. Faisons remarquer l'absence absolue d'hémorragie. Le malade n'a jamais eu de melœna.

3° La lésion siégeait au niveau de la valvule iléo-cœcale, c'est-à-dire au niveau d'un point normalement rétréci de l'intestin. C'est donc un fait qui rentre dans la loi générale, en vertu de laquelle les cancers du tube digestif se développent aux points normalement rétrécis ou coudés : œsophage (partie moyenne ou extrémité inférieure), pylore, duodénum valvule iléo-cœcale, angle des colons, S iliaque. Est-ce parce que les aliments irritent davantage la muqueuse en ces points ? Il est tout au moins rationnel de le penser.

4° Nous insistons aussi, comme nous l'avons déjà fait l'année dernière à propos d'une première observation de cancer de l'intestin, sur l'hypertrophie considérable des parois intestinales, qui leur donne un aspect véritablement lardacé, ce qui a dû certainement tromper parfois et fait prendre pour du squirrhe ce qui n'était qu'une hypertrophie musculaire. Cette hypertrophie, dont on comprend facilement le mécanisme, qu'on pourrait appeler aussi *providentielle*, peut remonter très haut, jusqu'à l'estomac. C'est ce que nous avons vu dans nos deux cas.

5° Enfin, en terminant, nous signalerons l'intégrité des ganglions mésentériques. S'il était prouvé que, dans la majorité des cas de cancer intestinal, ils sont longtemps sans être pris, ce serait un argument de plus à apporter en faveur de l'intervention chirurgicale et de l'excision complète de la portion d'anse intestinale atteinte de dégénérescence. La non-généralisation de la tumeur permettrait au moins d'espérer de bons résultats de l'opération. Mais, malheureusement, le chirurgien sera souvent arrêté par la crainte d'un diagnostic erroné, et l'impossibilité souvent de localiser exactement le siège de la lésion.

M. DUCASTEL a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de ce genre. Il pense que le cancer de la valvule de Bauhin forme une variété clinique qu'il est possible de distinguer parmi les cancers du tube digestif. Comme les autres parties rétrécies du tube digestif, cardia, pylore. S iliaque, rectum, la fin de l'intestin grêle présente une

prédisposition très nette de la localisation cancéreuse. La tumeur est difficile à percevoir, surtout quand existe le ballonnement du ventre. La douleur spontanée ou provoquée de la fosse iliaque droite peut attirer l'attention. Mais le point important dans le diagnostic est la production d'accès répétés d'étranglement interne. M. Ducastel insiste sur la valeur symptomatologique de ces accès à répétition, dont la fréquence est beaucoup plus grande dans le cancer de la valvule de Bauhin que dans les autres variétés de cancer intestinale. La durée de la maladie ne dépasse guère un an. Les malades meurent soit d'étranglement, soit de péritonite, soit de diarrhée incoercible. La forme anatomique du cancer est l'épithélioma cylindrique avec dégénérescence colloïde.

5. M. BUTTE montre une lésion de l'estomac dont l'aspect rappelle soit la gastrique polypeuse de Virchow, soit la lymphadénie stomacale.

6. Anévrysmes de la crosse de l'aorte communiquant avec la trachée depuis plusieurs mois. — Expectoration puriforme et sanguinolente. — Absence de signes d'auscultation. — Mort dans un accès de suffocation. — Autopsie ; par M. Paul PENNEL, interne des hôpitaux.

La nommée Mar... Françoise, 44 ans, ménagère, entre le 12 mai, 1882, à l'hôpital Tenon, salle Sainte-Marguerite, service de M. le Dr RENDU.

Pas de tuberculose dans la famille.

Aucune maladie antérieure, qu'une fièvre typhoïde dans la jeunesse. Réglée à 17 ans, la malade a eu une grossesse à 27 ans, qui s'est bien terminée. Depuis 2 ans, les époques menstruelles sont irrégulières. Les règles se sont supprimées complètement il y a 5 mois.

Il y a 3 ans, notre malade a été abandonnée par son mari, et, depuis, elle eut beaucoup à souffrir de fatigues et de misère. Elle était blanchisseuse, obligée de laver le linge, et soumise fréquemment aux refroidissements et aux fatigues. Notre malade fait remonter son affection à 8 mois 1/2. A cette époque, elle fut prise de toux quinteuse, avec crachements de sang pur, rutilant, pendant plusieurs jours. Pendant 6 mois, l'état demeure le même, toux avec accès, etc., à part ce fait important, que les crachements de sang cessèrent après plusieurs jours et furent remplacés par une expectoration purulente qui se renouvelait tous les jours.

En même temps, la malade ressentait des douleurs aux deux bases des poumons, des points de côté dans les sommets, surtout à droite. Ces douleurs étaient exaspérées par la toux, et la nuit, comme la journée, les quintes de toux forçaient la malade à rester assise sur son lit. La nuit, sueurs abondantes, à la poitrine principalement. Frissons et fièvre chaque soir, de 8 h. à 9 heures. Pendant que tout ceci se passait, la voix subissait des modifications ; enrrouements passagers, puis, peu à peu, la voix se voila, pour prendre un timbre sourd et grave.

Malgré l'amaigrissement qui se prononçait de plus en plus et l'affaiblissement qui en résultait, la malade continua son métier de blanchisseuse jusqu'à la fin du mois de février 1882. A ce moment, nouveaux crachements de sang, la toux augmente de fréquence, la poitrine siffle davantage, les forces diminuent notablement ; la malade entre alors à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le D^r MESNET, où elle reste deux mois. Des ventouses sèches appliquées à plusieurs reprises et en grand nombre sur la poitrine, font cesser les hémoptysies. Contre l'orthopnée, les suffocations, elle prit diverses potions calmantes qui amenèrent une amélioration considérable.

Après deux mois de séjour elle quitte l'hôpital, se trouvant beaucoup plus solide et mieux portante. En tous cas, notre malade paraît avoir été considérée comme une tuberculeuse et traitée comme telle, bien que nous n'ayons pu savoir quel était l'état de la poitrine à ce moment.

La malade quitte donc Saint-Antoine, fin avril. Elle se trouve bientôt forcée de se reposer ; douze jours seulement après qu'elle reprend son travail, elle retombe aussi malade qu'auparavant, et entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Rendu, le 12 mai 1882.

Etat actuel. Femme vigoureusement bâtie, bien musclée. Elle est en proie à une dyspnée violente qui la force à rester assise sur son lit. Pas de fièvre, ni d'accélération du pouls. Quand on fait parler la malade, elle dit d'une voix entrecoupée, avec un léger cornage, que, depuis quinze jours, elle se trouve dans cet état. Impossible de rester couchée, pas de sommeil.

De temps en temps, toutes les heures ou toutes les deux heures, survient un accès de quinte de toux qui met la malade dans un état pitoyable. La face se congestionne : les yeux sont saillants hors de l'orbite : les quintes succèdent aux quintes, en un mot, c'est presque la toux coqueluchoïde de M. Guéneau de Mussy. Pas de vomissements après les accès de toux, mais la malade rend avec peine un ou deux

crachats puriformes. quelquefois teintés de sang rouge. En général, l'expectoration est composée de crachats verdâtres purulents, non déchiquetés, ni nummulaires; ce n'est que par intervalles, tous les deux ou trois jours en moyenne, que ces crachats ont une coloration sanglante.

A l'examen de la poitrine, on trouve aux deux sommets, en arrière, dans les fosses sus-épineuses, à droite surtout, un souffle à timbre caveux, avec diminution de la sonorité en ces points. ce souffle est absolument isolé; il est impossible de provoquer des râles par la toux. En avant, sous les clavicules, on n'entend aucun râle, mais seulement le retentissement du souffle de la partie postérieure. Pas de douleur à la percussion des sommets. Dans le reste de la poitrine, on n'entend que le murmure vésiculaire normal. Le pouls est régulier, normal, sans intermittences. Le cœur semble légèrement hypertrophié, mais on n'entend aucun bruit anormal, ni à la pointe, ni à la base.

L'appétit est médiocre. Pas de diarrhée, ni de sueurs nocturnes. Le foie a son volume ordinaire. Pas d'œdème des jambes. Les urines sont claires et ne renferment pas d'albumine. En présence de ces divers signes, M. Rendu éloigne l'idée de la tuberculose vulgaire, et pense à une augmentation de volume et une caséification des ganglions trachéo-bronchiques, qui, d'une part, compriment la trachée et amènent ainsi le cornage, et, d'autre part, en pressant sur les bronches, produisent une dilatation partielle des bronches qui se traduit par l'expectoration purulente inodore.

Le traitement consiste en: 4 capsules créosotées, un julep avec 0,10 c. d'extrait thébaïque et 4 gr. d'eau de laurier-cerise. En outre, on applique au sommet droit, qui est le plus soufflant, une trentaine de pointes de fer. Cette médication n'amène aucune amélioration: les quintes de toux sont toujours aussi intenses, et la malade ne peut reposer un seul moment de la nuit. Les signes pulmonaires ne se modifient absolument pas.

25 mai. M. Rendu donne de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. par jour, et une pilule de cynoglosse de 0,10 centigrammes pour la nuit. La malade prend de l'iodure pendant quatre jours, mais elle se trouve plus souffrante depuis qu'elle est soumise à ce traitement; aussi le cesse-t-on le 29 mai, pour en venir aux piqûres de morphine, dans l'espoir que celles-ci feraient disparaître l'état nerveux de la malade et ces quintes de toux si opiniâtres.

La malade fit d'abord des difficultés pour se résoudre aux injections hypodermiques de morphine; elle finit par accepter, et s'en trouva tellement bien qu'elle put dès lors

Dormir une partie de la nuit. Les quintes de toux devinrent moins nombreuses, et tout faisait espérer une détente dans l'ensemble symptomatique présenté par la malade, quand le 2 juin, à 3 heures de l'après-midi, elle est prise d'un violent accès de suffocation; et elle succombe une demi-heure plus tard.

AUTOPSIE, le 4 juin. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on ne trouve pas de liquide dans les plèvres. En cherchant à séparer le cœur et les gros vaisseaux des poumons, on remarque une adhérence intime entre la plèvre médiastine droite et une tumeur située sur le trajet de l'aorte ascendante, tumeur qui n'est autre qu'un anévrysme rempli de caillots en partie et dont la paroi artérielle fait défaut, précisément au niveau de l'adhérence avec la plèvre et le poumon droit. En détachant artificiellement cette adhérence, on aperçoit, comme nous l'avons dit, une absence de la paroi artérielle, et de nombreux caillots fibrineux anciens, stratifiés, qui constituaient avec la plèvre épaisse une nouvelle paroi de l'anévrysme.

Cet anévrysme, développé en avant de la naissance du tronc brachio-céphalique artériel, offre le volume d'une orange environ, placé à la partie antérieure de la trachée avec laquelle il a contracté des adhérences profondes. En ouvrant la poche, on voit qu'elle communique largement avec l'artère aorte, dont elle est séparée par un rebord en croissant de la paroi vasculaire. L'intérieur de l'anévrysme est rempli presque entièrement de caillots stratifiés d'origine ancienne. Sur les points de la paroi de la poche anévrysmale, où ne se sont pas formés des caillots, existent de très nombreuses plaques d'athérome à divers degrés d'évolution.

Le tronc brachio-céphalique, l'artère carotide gauche sont perméables, malgré la présence de quelques plaques athéromateuses à leur origine; mais l'artère sous-clavière gauche est absolument oblitérée, et ne communique plus avec l'aorte. Nous n'avons pu suivre malheureusement jusqu'où s'étendait cette oblitération, et cependant, on sentait parfaitement le pouls radial gauche qui ne présentait aucune différence d'intensité avec le pouls radial droit. Nous n'avons pas cherché comment se rétablissait la circulation artérielle dans ce cas anormal. Du côté droit, la tumeur anévrysmale était complètement remplie de caillots; c'était à ce niveau qu'existait l'adhérence de la poche avec la plèvre médiastine. Dans l'aorte thoracique, on trouve aussi un grand nombre de plaques athéromateuses, depuis les pla-

ques gélatiniformes récentes jusqu'aux plaques calcaires. Les valvules aortiques sont parfaitement suffisantes ; quelques plaques athéromateuses existent dans leur épaisseur, mais ne gênent aucunement l'accolement des trois valvules.

Le cœur gauche est notablement hypertrophié et dilaté : la paroi ventriculaire est épaissie et mesure près de 2 centimètres. Le muscle ne semble pas altéré dans sa structure. Aucune lésion appréciable dans la valvule mitrale. Rien à signaler dans le ventricule droit, qui, lui aussi, est dilaté et légèrement hypertrophié.

En ouvrant la trachée-artère, on remarque à la face antérieure, au niveau où nous avons signalé l'adhérence avec la tumeur anévrysmale, c'est-à-dire, à peu près vers le 8^e anneau, on remarque, disons-nous, une coloration rouge-violacée de la muqueuse trachéale, dans une étendue de 2 à 2 centim. 1/2 en hauteur, et au centre de cette sorte de plaque trois petites ouvertures fistuleuses à bords déchiquetés, donnant aisément passage à un stylet ; l'une de ces ouvertures est plus large et laisse passer une sonde cannelée. En introduisant un stylet par ces ouvertures, on arrive dans la tumeur anévrysmale, derrière des caillots anciennement formés, et, en contournant ceux-ci, on peut faire saillir l'extrémité du stylet dans le centre de la poche de l'anévrysme. Au niveau de ces fistules, la paroi artérielle de l'anévrysme avait disparu, et était remplacée par la face antérieure de la trachée-artère, qui elle-même s'était ulcérée à la longue, et avait donné naissance à des communications entre l'appareil respiratoire et l'appareil circulatoire. Ainsi se trouvait expliquée pour nous cette particularité bizarre offerte par l'expectoration.

Les crachats purulents provenaient de l'inflammation chronique de la muqueuse trachéale, au niveau et autour des fistules, d'autre part, la coloration sanglante que présentaient parfois les crachats était causée par l'irruption de quelques gouttes de sang de la tumeur dans la trachée-artère. On comprend qu'il était extrêmement difficile, sinon impossible de donner la véritable explication de ce phénomène durant la vie de la malade. Quant aux hémoptysies qui ont marqué le début de la maladie, elles ont sans doute été provoquées par la communication qui s'est opérée entre la trachée et la poche anévrysmale. Ce qui nous surprend, c'est que les hémoptysies n'aient pas été plus abondantes, et causé la mort immédiate, comme c'est le cas ordinairement. Dans la suite, des caillots se sont formés autour des fistules, et dès lors, les communications étant forcément

beaucoup plus restreintes, le sang ne pouvait arriver dans la trachée, et être expulsé avec les crachats, qu'en se frayant une route derrière les caillots stratifiés ; d'où la coloration sanglante de l'expectoration et l'absence d'hémoptysie vraie.

Les *poumons* n'offraient pas trace de tubercules. Dans le lobe moyen du poumon droit seulement, existait une hépatisation grise totale avec pus infiltré, sur une coupe. Le lobe supérieur et le lobe inférieur du même poumon étaient sains. Dans le poumon gauche, on ne trouvait rien de particulier, aucune induration. Le souffle à timbre caverneux qu'on entendait aux deux sommets était donc une propagation du souffle de l'anévrysme, qu'on ne percevait pas au foyer ordinaire de l'auscultation. Le *foie*, les *reins* et la *rate* ne présentaient aucune altération.

Séance du 12 mai 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

7. M. BOTKIN remercie la Société anatomique des félicitations qu'elle lui a adressées à l'occasion de son jubilé.

8. M. GEFFRIER présente : 1° une *atrophie du cerveau* par hydrocéphalie. 2° Des *tubercules du cervelet* agglomérés en grosses masses caséuses et ayant donné lieu aux symptômes d'une méningite tuberculeuse. 3° Des *trichocéphales* trouvés dans le cœcum d'un enfant mort de diarrhée cholériforme.

9. *Perforation de l'appendice iléo-cœcal* (par corps étranger). — *Péritonite suppurée.* — *Phénomènes d'étranglement.* — *Laparotomie.* — *Mort*; par M. CHAPUT, interne des hôpitaux.

Ce malade n'accusait aucun antécédent héréditaire, si ce n'est qu'une de ses sœurs était morte de méningite à l'âge de 6 ans. D'une bonne santé habituelle, bien musclé et d'apparence assez vigoureuse, le malade racontait que, depuis un an, il était sujet à la diarrhée. Celle-ci durait plusieurs jours de suite et disparaissait pour reparaitre à in-

tervalles plus ou moins rapprochés entre lesquels le malade était sujet à la constipation.

Le 24 avril, il se sentit mal à l'aise et maussade. Le lendemain, à midi, il était pris de coliques violentes, sans diarrhée. Il eut, ce jour-là, plusieurs vomissements de couleur verte. Les jours suivants, le 26, 27 et 28, il éprouva encore des coliques et eut, à plusieurs reprises, des vomissements verts et non difficiles. Comme traitement, on lui donna le premier jour un lavement calmant et une potion, le surlendemain, bain de deux heures et 30 gr. d'huile de ricin, puis un lavement huileux et enfin, tous ces moyens restant inutiles, un lavement d'eau de seltz introduit par l'anus à l'aide d'une sonde.

27 avril. Lavement d'eau de seltz, toujours sans résultat. Le médecin qui le soignait trouvant la situation alarmante, l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic occlusion intestinal, pensant qu'on avait à faire une opération.

A l'entrée, le malade n'offrait pas nettement le tableau symptomatique de l'occlusion intestinale. Le faciès était calme, nullement grippé, la face pleine, les yeux non cernés. Rien non plus de cette angoisse, ni de cette dyspnée que présentent d'ordinaire les malades atteints d'occlusion. Il y avait encore une certaine indifférence et de la lenteur dans les réponses, bien que l'intelligence fût conservée.

D'ailleurs, pas d'abaissement de la température, qui s'élevait au contraire, à 38°,5. L'examen du ventre n'indiquait pas non plus d'occlusion pressante. Il était ballonné mais fort peu et ne ressemblait en rien à ces ventres distendus et énormes avec anses intestinales presque visibles, qu'on rencontre dans les cas d'occlusion vraie.

La consistance générale était dure, surtout à l'hypogastre et dans les deux flancs, mais nulle part davantage que dans la fosse iliaque droite. La percussion donnait une matité anormale siégeant à l'hypogastre. Comme la consistance de cette région était dure, on pouvait songer à une vessie distendue. Aussi, fit-on le cathétérisme qui retira 300 gr. environ d'urines albumineuses. Après cette évacuation, la matité hypogastrique ne fut guère diminuée. Il est probable qu'elle était due à la distension par les matières fécales des anses intestinales paralysées, ainsi que l'autopsie semble l'avoir indiqué.

Il y avait encore à l'entrée une légère submatité dans la fosse iliaque gauche et une matité très marquée dans la fosse iliaque droite, accompagnée en ce point de douleurs assez vives à la pression. Il sembla même que, selon la position du sujet, la sonorité des flancs pouvait se modifier.

Au niveau de l'estomac, il existait une sonorité très étendue, remontant assez haut dans la poitrine. Le gros intestin ne semblait pas distendu par les gaz, et l'autopsie le démontra d'ailleurs affaissé.

Examinant alors l'état général du sujet, on observait à l'auscultation du sommet droit, en arrière, quelques signes d'induration tels que, respiration soufflante, accompagnée de retentissement de la voix et de pectoriloquie aphone. Il y avait en outre un état intellectuel anormal, un véritable abrutissement, de la torpeur, et une certaine lenteur des réponses qui faisait songer à des manifestations cérébrales bien que l'intelligence fût restée normale. En présence de tous ces symptômes, on s'arrêta au diagnostic de *péritonite* qu'on supposa *tuberculeuse* à cause de certains symptômes énumérés plus haut. En conséquence, on administra 10 centigr. d'extr. thébaïque et des cataplasmes laudanisés.

1^{er} mai. Le malade eut deux selles diarrhéiques légères. Les vomissements, jusque là bilieux et abondants, deviennent fécaloïdes. On donne un lavement purgatif qui est suivi d'une selle de matières fécales. Rien ne change au point de vue local, sinon que c'est actuellement dans le flanc gauche que la douleur est la plus vive. Jusque là, la température restait au-dessus de la normale, on avait même jusqu'à 39°,3 le 30 avril au matin. Mais, le 1^{er} mai au matin, la température marquait 37° et le lendemain 36°,8. Les vomissements continuaient, tantôt bilieux et jaunâtres tantôt fécaloïdes. Les lavements ne donnant que des résultats insignifiants, M. Le Fort faradise la paroi abdominale avec un pôle sur la paroi et un autre dans l'anus. Les muscles droits se contractent énergiquement, on fait de grandes interruptions: mais on n'amène aucune évacuation.

3 et 4 mai. L'abattement augmente, la torpeur est plus grande, le pouls est petit, la température descend le 4 mai à 35°,8, le matin. La douleur du flanc gauche est plus vive. Enfin, les vomissements persistent toujours abondants, et toujours alternativement fécaloïdes ou bilieux; pas de selles.

Quant au ventre, il reste dur, tendu, non ballonné. La situation devenait grave. Avait-on affaire à une occlusion intestinale à forme lente, ou bien à une péritonite compliquée de phénomènes d'occlusion? M. Le Fort prit alors conseil d'un de ses collègues, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui porta le diagnostic d'invagination intestinale et conseilla l'intervention. Comme le malade paraissait devoir infailliblement succomber, M. Le Fort se rangea à cette idée qu'on

devait opérer, et, séance tenante, pratiqua l'ouverture du ventre. L'incision fut faite sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Aussitôt que le péritoine fut incisé, il s'écoula des flots de pus blanc jaunâtre, épais, crémeux, bien lié, exhalant une odeur fécaloïde. Les intestins présentèrent extrêmement congestionnés. En face de ces constatances, on fit la toilette du péritoine, il sortit environ 400 gr. de pus. Puis on referma le ventre, non sans avoir mis un drain. Disons d'ailleurs que l'examen des anses intestinales et même du cœcum n'avait rien révélé de spécial.

Le malade était à peine ramené dans son lit qu'il eut par l'anus un écoulement de matières jaunâtres, puis mourut environ 15 minutes après l'opération.

AUTOPSIE.—Le grand épiploon, qu'on rencontre d'abord, présente à sa face antérieure des adhérences grisâtres, qui sont plus nombreuses à droite. L'angle inférieur droit du grand épiploon présente une coloration très noire, comme s'il y avait un sphacèle commençant. Cette portion est d'ailleurs adhérente à l'angle iléo-cœcal. Les anses de l'intestin grêle sont distendues. Elles sont plus volumineuses que celles du gros intestin, ce qui s'explique par le siège des lésions que nous allons signaler, aussi bien que par les quelques évacuations qu'avaient amenées les lavements. Les anses sont adhérentes entre elles, mais lâchement, les unes sont rosées, les autres noires, comme sphacélées, en particulier celles qui plongent dans le petit bassin.

Il existe du pus collecté en petite quantité dans la fosse iliaque gauche, encore plus que dans la fosse droite. De même on en rencontre vers le côté de la rate et aussi vers la face inférieure du foie. Nous arrivons au point intéressant de l'autopsie. Le cœcum n'est pas distendu, il est à peine à son volume ordinaire et ne présente rien de spécial. Quant à l'appendice, il est volumineux, à parois épaissies. Il mesure environ 6 centimètres de long, il a le volume d'une extrémité d'index à sa base et est terminé en pointe à son extrémité libre. Il est perforé d'outre en outre au niveau de sa partie moyenne, mais, tandis qu'en avant l'orifice est large comme une pièce 50 centimes, déchiqueté, irrégulier, au contraire, sur la paroi opposée, il mesure à peine quelques millimètres et est taillé à pic.

Au-dessus de cette perforation, siègent en haut et en bas deux plaques assez larges et jaunâtres, qui paraissent le résultat d'altérations anciennes. Au niveau de la plaque jaunâtre située au-dessus de l'ulcération, on sent manifestement un corps dur rouler dans la cavité de l'appendice. En le pressant, on le fait sortir facilement, on constate qu'il

est ovalaire, long de 10 à 15 centimètres, aplati, de couleur blanc-jaunâtre, comme serait un petit caillou ordinaire. À la coupe, on s'aperçoit qu'il est formé d'une coque très mince et friable d'ailleurs, la partie centrale est homogène brunâtre. Il semble que ce soit une petite scybale dont la surface s'est durcie et peut-être incrustée de sels calcaires.

Signalons encore que, vers le bord postérieur du foie, vers l'extrémité gauche du lobe droit, on trouve une tache grise unâtre large de 5, 6 à 8 mm. entourée d'une aréole d'un air vif. — Pas de tubercules aux poumons, rien au cœur ni dans les autres viscères.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante, surtout au point de vue diagnostique. À l'entrée, en effet, les symptômes n'étaient pas nettement ceux d'une occlusion. Ils n'étaient pas non plus ceux d'une péritonite franche, surtout pas ceux d'une péritonite par perforation. Devant un tableau aussi mal tracé, il semblait qu'on devait diagnostiquer tuberculose péritonéale, non seulement parce que le malade avait depuis longtemps des troubles intestinaux, mais encore parce que le ventre, assez indolent d'ailleurs, était encore dur, avec plaques indurées disséminées, et matité irrégulière, le tout sans ballonnement. Sans compter d'ailleurs que l'abattement général, la torpeur intellectuelle et quelques signes d'auscultation semblaient valider dans le même sens, aussi bien que l'élévation de la température.

Mais, deux jours après tout change, la température s'abaisse, les vomissements deviennent fécaloïdes. On tente alors la seule chance de salut si minime qu'elle soit, et on opère. En vérité le tableau de l'occlusion n'était pas complet puisqu'il y manqua jusqu'au dernier jour le signe si important du ballonnement du ventre, qui mieux que tout autre indique qu'il y a un barrage, une écluse qui s'oppose au cours des courants intestinaux.

Il y manquait encore la constipation absolue, car chaque fois qu'on donnait un lavement, on retirait quelques matières fécales. Et puis le faciès ne fut jamais grippé. Et, s'il est vrai que les vomissements devinrent fécaloïdes, toujours est-il qu'ils ne le furent qu'à trois reprises, entre lesquelles les vomissements étaient porracés.

Tous ces symptômes cadraient donc bien avec ce que

M. Hérot a si bien nommé les pseudo-étranglements. C'est la péritonite développée autour de l'appendice, puis généralisée, qui par cause directe et encore bien plus par l'intermédiaire du système nerveux, a amené une paralysie intestinale dont les résultats ont été d'arrêter les matières aussi bien qu'eût pu le faire tout obstacle siégeant dans les parois ou bien en dedans ou même en dehors.

Convenait-il d'opérer en ces circonstances? Oui, car l'opération faite plus tôt eût pu amener la guérison, surtout si l'exploration minutieuse de l'appendice eût été facile, car, en ce cas on pouvait supprimer la cause d'irritation péritonéale. N'a-t-on pas vu d'ailleurs des laparotomies pour des plaies de vessie, être suivies de guérison, malgré la péritonite suraiguë qu'elles avaient commencé à développer?

Nous n'insisterons plus que faiblement sur un point. C'est sur l'existence de cette altération du foie qui ressemblait à la coupe d'une petite truffe. Il nous semble qu'il s'agissait là d'une embolie gangréneuse dont la source se trouvait dans l'appendice iléo-cœcal car en ce point existaient des surfaces noirâtres et sphacélées, et dont la voie était comme bien on pense le canal des veines mésentériques, puis de la veine porte.

10. Ramollissement étendu et cortical du lobe occipital droit. — Petit foyer cortical de la frontale ascendante 3
par M. G. PROCAS, interne des hôpitaux.

La nommée Schmit, âgée de 84 ans, entre le 17 mars 1882, dans l'infirmerie des Ménages, service de M. QUINQUAUD.

La santé a été bonne pendant la jeunesse. A eu 13 enfants. La deuxième couche a été difficile, accompagnée d'œdème des membres inférieurs, sans toux. Ménopause à 42 ans. Il y a 17 ans, elle aurait eu une colique hépatique, avec jaunisse. Il y a 6 à 7 ans, rhumatisme articulaire aigu qui a occupé d'abord le bras droit et qui a passé ensuite du côté gauche. Cette attaque a duré pendant une dizaine de jours. Depuis cette époque, douleurs rhumatoïdes surtout du côté droit. Elle tousse, dit-elle, depuis 2 ans avec des exacerbations pendant les hivers. Depuis 5 mois, l'essoufflement a augmenté, elle étouffe surtout le matin, les jambes ont enflé, l'appétit a diminué, les forces ont décliné, le sommeil supprimé. Depuis un mois environ, l'oppression et la toux ont été en augmentant et l'ont décidé à

entrer dans l'infirmierie. Elle éprouve aussi quelques démangeaisons, causées par un eczéma diffusum, siégeant aux cuisses et dans le dos. Jamais d'attaque d'aucune sorte.

Etat actuel. Respiration gênée. Expiration sifflante entendue à distance. Sonorité pectorale. A l'auscultation, respiration emphysémateuse en avant, diminution du murmure. Râles sous-crépitaux fins disséminés en arrière, expiration prolongée, sibilante. Toux fréquente, expectoration difficile, gluante. Pouls un peu lent et irrégulier. Cœur. Premier bruit à la pointe, claquant. Rien à la base. Battements forts (légère hypertrophie). Jambes enflées autour des malléoles. Pas de varices. Langue normale. Inappétence. Sensibilité épigastrique. Constipation (digitale, purgatif).

25 mars. L'œdème a diminué ainsi que l'oppression.

8 avril. Oppression moindre. Pouls irrégulier. Œdème péri-malléolaire très léger. Même état jusqu'au 16 avril.

16 avril. A midi, se trouve mal tout d'un coup, elle sent une douleur très vive lui parcourir le membre supérieur droit. Elle est prise d'un vertige et perd la notion du lieu, mais la connaissance n'est pas tout à fait perdue. Pas de convulsions. Durée de l'attaque 1 heure à peu près. A 2 h. de la même journée, nous la trouvons dans l'état suivant : Bouche déviée. Commissure labiale abaissée à gauche. Sillon naso-labial droit un peu plus excavé. Parole difficile sans aphasie véritable. Intelligence intacte. Se plaint beaucoup de la tête. Pas de vertige, mais lourdeur à la tête. Elle ne voit pas bien clair. Pas de diplopie. De plus, au moment de l'attaque et pendant les premiers instants, elle ne voyait pas du tout. La vue est revenue peu à peu, mais affaiblie. Les deux membres peuvent se lever. Mais on ne tarde pas à reconnaître que la main gauche serre moins fort que la main du côté opposé. Au dynamomètre, main gauche : 10 ; droite : 20. Pas de trouble de sensibilité. Bruits du cœur redoublés, irréguliers. T. R. 37°, 4. La paralysie à gauche s'accuse de plus en plus. — Le lendemain, 17 avril, le membre gauche ne peut plus se remuer ; le membre inférieur peut encore se soulever. La faiblesse a augmenté. Respiration très gênée. Nombreux râles sous-crépitaux dans la poitrine. Pouls faible, inégal, irrégulier. Pas trace de contracture.

18 avril. T. V. le soir 37°, 6. — Paralysie flasque et complète du membre supérieur gauche, dont la température est beaucoup plus élevée et la coloration beaucoup plus vive que celle du membre supérieur opposé, qui est décoloré et glacé. Râle trachéal. Langue sèche.

19 avril. Même état. Exagération du phénomène rotulien du côté gauche paralysé. Conservation des réflexes à gauche et à droite. Pas d'épilepsie spinale.

20 avril. Mort le matin.

AUTOPSIE. — Adhérences assez solides de la dure-mère à la calotte crânienne. Pas d'athérome des artères de la base. Aucune lésion dans la protubérance, le cervelet et le bulbe. *Hémisphère droit.* Ramollissement cortical du lobe occipital à sa face externe. Rien à la face interne. Ce ramollissement laisse intactes les circonvolutions d'enceinte, également la scissure de Sylvius et occupe exclusivement les circonvolutions occipitales. On aperçoit aussi, sur la partie supérieure de la frontale ascendante, un tout petit espace ramolli, qu'on aurait pris pour une lésion post-mortem si le microscope ne venait nous démontrer l'apparence des corps granuleux. Rien dans les noyaux centraux de l'hémisphère droit. Rien à gauche.

Cavité thoracique. Hépatisation au premier degré en arrière et à droite. En arrière et à gauche, emphysème, congestion. Cœur hypertrophié, 450 grammes, sans lésions valvulaires. Reins de volume normal. Calcul oblitérant toute la vésicule biliaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation paraît intéressante par la petite étendue des lésions constatées au niveau des centres moteurs, par l'indemnité complète du lobule du pli courbe, par les troubles oculaires constatés pendant la vie et coïncidant avec des lésions presque exclusivement cantonnées au niveau des circonvolutions occipitales.

11. Hémiplegie gauche avec contracture à gauche. — Ramollissement cortical avec dégénérescence secondaire ; par M. PHOCAS, interne des hôpitaux.

La nommée Barberousse, âgée de 71 ans, pensionnaire depuis quatre ans à la Maison des Ménages, entre le 24 mars 1882 dans l'infirmerie, service de M. QUINQUAUD.

Début de la maladie, il y a huit ans. — Paralysie soudaine. Contracture datant de quatre ans. Jamais d'attaque. Parole difficile depuis quatre ans.

Le caractère a changé. Elle pleure à propos de rien. Reconnaît encore ses enfants, et difficilement ses autres connaissances. Depuis quatre à cinq ans elle est gâteuse.

Etat actuel. La figure exprime l'hébététe. Les yeux sont chassieux, la bouche ne paraît pas déviée. Elle ré-

and à peine à certaines questions et pleure. Reconnaît et nomme certains objets usuels, tel qu'un drap, un mouchoir, etc. Somnolence. Membre supérieur gauche paralysé contracture, type flexion. La motilité est complètement abolie.

La peau, squameuse, est doublée d'un tissu cellulaire très épais que celui du côté opposé. On peut étendre à peine les doigts fléchis dans la paume de la main. Les ongles hypertrophiés et tournés vers le bord radial pénètrent peu dans les chairs. Il existe une sueur fétide dans la paume de la main. Sensibilité à la douleur conservée, il en est de même de la sensibilité à la température.

Si on presse sur l'avant-bras, en tenant les yeux fermés, le malade ne paraît pas sentir cette pression. Le membre contracturé se perd dans le lit et si on le change de position, autant qu'il est possible de le changer, le malade a quelque peine à le retrouver, ses yeux étant préalablement fermés. Réflexe tendineux de l'avant-bras exagéré. Par la percussion des tendons, on produit un tremblement dans les doigts, qui cesse avec la percussion.

Membre inférieur gauche contracturé en flexion sur l'articulation du genou. Il ne peut se détacher du lit ni tendre; la flexion peut s'exagérer. Sensibilité intacte sous ces modes. Pas d'épilepsie spinale. Réflexe rotulien nul. Membre inférieur droit faible, mais bien moins que l'autre. Peut être détaché du lit, mais ne peut s'élever très haut. — *Cœur*. Pas de souffle, ni d'irrégularité. Pouls faible, régulier. Langue chargée, humide. Vomissements. Absence d'appétit depuis trois ou quatre jours. Urines chargées de sels qui déposent. Pas de pus, ni d'albumine.

1^{er} avril. Le sillon naso-labial gauche paraît plus saillant que celui du côté droit et la commissure labiale est plus élevée à gauche, par conséquent du côté paralysé (probablement contracture de la face).

12 avril. Depuis quelques jours, la faiblesse augmente. Pouls tout à fait aboli. Commencement d'escarre au sacrum. — *Poumons*. Diminution du murmure aux bases. Absence de râles. T. V. 39°.

15 avril. Mort.

AUTOPSIE. — *Cavité crânienne*. Athérome de la basilaire des artères voisines, nodulaire, sans oblitération bien nette. A l'œil nu, on voit très nettement une asymétrie de protubérance. La moitié gauche est plus grosse que la moitié droite. Cette dernière est affaissée, atrophiée. La ramide du même côté est également affaissée, plus gri-

sâtre que celle du côté opposé, laissant apercevoir à sa surface des tractus blanchâtres, des fibres arciformes. Sur la coupe du bulbe, on voit que la coupe de la pyramide gauche est blanchâtre, celle de la droite est grisâtre. Sur la moelle, la même asymétrie se poursuit (La moelle a été mise dans le liquide de Muller pour être ultérieurement examinée). En somme, il y a très manifestement une sclérose de la pyramide droite, incontestable et appréciable à l'œil nu.

Cerveau. Sylvienne, droite athéromateuse, sans oblitération sur toute sa longueur. — *Hémisphère droit.* Ramollissement de la circonvolution de l'enceinte de Foville, c'est-à-dire de toutes les circonvolutions qui viennent entourer le sommet de la scissure de Sylvius, atteignant surtout la partie moyenne de la pariétale ascendante. Ce ramollissement est très étendu, ancien, avec des apparences de vascularisation. Il ne pénètre que peu en profondeur. Il ne respecte que la circonvolution supérieure pariétale, la partie supérieure et inférieure de la pariétale ascendante, une partie du lobe occipital extérieurement. Aucune lésion dans la troisième circonvolution frontale droite. Rien dans les noyaux centraux de ce côté. — *Hémisphère gauche.* Rien à la pariétale. Ramollissement de la tête du corps strié.

Cœur. Plus gros que normalement. Sigmoides suffisantes. Athérome de la mitrale dans le lieu d'élection. 350 grammes. — *Poumon.* Lobe droit. Hépatisation au premier degré de la base avec des points verdâtres. — *Foie* gras, 750 grammes. — *Reins.* Le gauche 90. Atrophié. Le droit 110 grammes, un peu hypertrophié.

Une parcelle de la protubérance, au point atrophié, dissociée dans une goutte d'eau, montre sous le microscope beaucoup de corps granuleux, les uns jaunes (pigment d'origine hématique); d'autres gras; quelques vaisseaux dont la paroi est infiltrée de ces mêmes granulations pigmentaires, dont les unes sont rouges, le plus grand nombre jaunes.

REFLEXIONS. — Ce fait nous a paru intéressant à cause de la dégénération secondaire si manifeste succédant à une lésion corticale très étendue en surface et intéressant une partie des régions psycho-motrices, comme c'est règle en pareil cas. Au point de vue clinique, la contrainte a trouvé son explication dans la dégénération secondaire, l'absence de troubles oculaires a coïncidé avec lésions du pli courbe et l'intégrité du lobe occipital.

Séance du 19 mai 1882.

PRÉSIDENTE DE M. HANOT.

12. M. BARBIER montre un *anévrisme de la pointe du cœur*. Tout autour de la dilatation anévrysmale, comme le fait remarquer M. HANOT, le myocarde est sclérosé.

M. CHAUFFARD rappelle que M. Peter insiste souvent sur ce fait que la pointe du cœur est le siège de prédilection de la myocardite.

M. BRAULT pense que, dans le cas particulier, les lésions peuvent être rattachées à l'artérite.

M. KIRMISSON fait observer que les lésions athéromateuses de l'artère coronaire doivent retentir surtout sur la *pointe* du cœur, qui est le moins richement irriguée.

13. M. SCHWARTZ présente une *fracture de la voûte du crâne*. Durant la vie, on observa comme trouble moteur une hémiplegie motrice du côté opposé à la lésion, et, comme trouble sensitif, une hyperesthésie localisée de ce même côté au thorax.

M. BALLET pense que beaucoup d'hyperesthésies, dans le cas de lésion cérébrale, sont dues à l'irritation par voisinage des parties de la zone sensitive restées intactes.

14. M. BALZER fait une communication sur un *mode de préparation* qui permet d'isoler nettement sur les *coupes histologiques* le tissu élastique. L'auteur s'est servi de son *procédé* pour étudier le *réseau élastique de la peau*.

15. M. SAPPELIER montre un *cancer du péritoine*.

16. *Cancer primitif du péritoine*; par M. FRÉMONT, interne des hôpitaux.

Bourdon, André, âgé de 59 ans, sellier, entre le 28 avril à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. HÉRARD; il est couché au n° 18 de la salle Saint-Charles.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, Bourdon remarqua

que son appétit diminuait, que ses digestions devenaient plus longues, plus pénibles, mais sans éructations ni vomissements. Trois mois après, survint un peu de diarrhée, consistant en 4 ou 5 selles liquides composées de matières jaunâtres, blanches, ne renfermant rien qui pût faire songer à du sang. A la diarrhée, succéda la constipation. En même temps le ventre devenait dur et plus volumineux, mais il n'était nullement douloureux. A une date plus rapprochée (que le sujet n'a pu fixer d'une manière précise) les jambes se gonflèrent en commençant par les chevilles. Depuis lors les forces diminuèrent progressivement, l'amaigrissement fit des progrès rapides. Le 21 février (mardi gras), Bourdon fit encore une « petite fête avec les amis » ; mais, à partir de ce jour, tourmenté par des alternatives de diarrhée et de constipation, gêné pour respirer par le volume croissant de son ventre, affaibli, amaigri, il fut forcé de renoncer à son travail ; malgré le repos le mal empira, le 28 avril il se décida à entrer à l'hôpital.

Antécédents. Père mort à 65 ans d'une apoplexie foudroyante. Mère morte à la suite d'une maladie du cœur. Deux frères : l'un de la même mère qui se porte bien, l'autre de la seconde femme de son père et qui est mort phthisique. Marié, Bourdon a eu un enfant mort au bout de 2 jours. Sa vie était régulière, jamais il n'avait fait de graves maladies ; une blennorrhagie, jamais de chancre.

Etat du malade le 2 mai. Faciès pâle, bouffi, les paupières légèrement gonflées par l'œdème. Cou maigre. Thorax décharné, un peu plus aplati transversalement que d'ordinaire avec un sternum faisant une légère saillie en avant. Ventre gros d'une manière uniforme. Membres inférieurs œdématiés jusqu'aux genoux. Œdème mou, non douloureux, gardant mal l'empreinte du doigt, sur toute la face dorsale, l'avant-bras gauche. Dans le ventre, on trouve une petite quantité de liquide, révélé par la fluctuation et la sensation de flot ; il se déplace ainsi que l'indique la percussion. Tympanisme dans la plus grande étendue du ventre, sonorité au-dessous de la normale, en certains points ne répondant ni à un organe mat, ni au liquide ascitique. Par la palpation, on sent une résistance toute spéciale du ventre, et, en déprimant la paroi, des masses élastiques, résistantes entre l'ombilic et la fosse iliaque gauche. Entre l'ombilic et le flanc droit, on sent facilement une résistance profonde, et, si on imprime des mouvements de glissement à la paroi abdominale déprimée, on perçoit nettement un frottement, une crépitation analogue à celle qui résulte de l'écrasement de la neige sous les pieds ou de celui de

l'amidon entre les doigts. Diarrhée assez abondante depuis quelques jours. Langue normale à peine recouverte d'un enduit extrêmement mince, de coloration blanche. Appétit fort diminué, digestions pénibles, longues, sensation d'étouffement après le repas, de pesanteur à l'épigastre, renvois acides fréquents. Appareil respiratoire sain; la respiration est un peu plus fréquente qu'à l'état normal par suite de la gêne apportée par le refoulement du diaphragme par le ventre. Appareil circulatoire normal pas de fièvre. Urines claires variant de 800 à 1000 gram. par jour, ne contenant pas d'albumine.

Il est important de remarquer qu'à l'entrée de ce malade à l'hôpital on n'avait absolument rien senti dans son ventre distendu par des gaz et un peu de liquide; en raison de l'œdème des paupières, des membres inférieurs, de la face dorsale de l'avant-bras gauche, on aurait pu penser à un mal de Bright. Dès son premier examen (1^{er} mai), M. Hérard écarta cette hypothèse pour la remplacer par celle de péritonite chronique de nature cancéreuse.

10 mai. Même état général. Suppression de la diarrhée après administration de sous-nitrate de bismuth. Le ventre paraît un peu plus souple. Grâce à l'eau de Seltz, le malade prétend digérer facilement et il mange deux degrés.

12 mai. L'œdème des paupières et de la face dorsale du poignet a presque disparu; celui des jambes a plutôt augmenté.

13 mai. Urines atteignant 1000 gr.; elles sont jaunes, troubles, chargées d'urates, deviennent claires par la chaleur. Grande faiblesse; le malade demande qu'on ne lui donne que de la viande.

16 mai. Urines sont restées à 1000 gr. par jour. Somnolence du malade. Faiblesse extrême. Voix cassée. Ventre un peu augmenté. Le soir, à 6 h., le faciès du malade est singulièrement altéré; les traits sont tirés, le nez effilé, les yeux excavés; sentiment d'une grande faiblesse, mais intelligence nette et réponses claires. Depuis environ deux heures, expectoration continue de crachats jaunes, visqueux, adhérents au fond du vase. Pouls petit, dépressible 120. Respiration 18. Température axillaire, 36°.8. A l'auscultation rapide de la poitrine (vu l'état du malade), on ne découvre pas de bruits étrangers; seulement il y a déjà du ronflement trachéal à l'expiration. — Dans la nuit du 16 au 17 mai, mort à 1 heure du matin sans pousser une plainte.

AUTOPSIE, faite le 18 mai. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de liquide

citrin, transparent, sans flocons fibrineux. Les parois abdominales sont largement écartées; on voit d'abord une masse considérable sur la ligne médiane, mais un peu portée à gauche, formée par les anses intestinales rigides comme des tubes en caoutchouc et agglomérées entre elles par des tractus blanchâtres qu'on peut rompre facilement.

Tout autour, le gros intestin forme aux anses de l'intestin grêle un véritable encadrement. Quant au grand épiploon, il ne sépare plus l'intestin grêle de la paroi abdominale, il est représenté par une bandelette épaisse qui recouvre la face supérieure du colon transverse, à 6 ou 7 centimètres de hauteur sur 2 centimètres à 2 centimètres et demi d'épaisseur. Au-dessus de cet épiploon si altéré, le bord antérieur du foie qui dépasse de 2 centimètres les fausses côtes. Le bord présente 4 ou 5 noyaux blanchâtres variant comme grosseur d'une noisette à une noix.

Si l'on veut enlever l'intestin grêle en l'incisant à l'origine du mésentère, on constate que ce dernier est considérablement plus résistant, épaissi, qu'il est blanchâtre, inégal, offrant les noyaux plus épais en certains points; les franges de son bord intestinal sont en grande partie effacées. À la coupe de ce mésentère, on trouve une substance blanchâtre légèrement fibreuse par place, homogène dans le reste de son étendue, donnant un suc laiteux par le raclage.

L'intestin grêle a perdu de sa longueur; il nous semble qu'il n'a certainement pas plus de 4 mètres. Ses parois sont épaissies, rigides, la surface péritonéale présente de petites saillies grosses comme des grains de millet, de légers tractus résultant de la rupture des néo-membranes qui unissaient les anses entre elles. Dans la cavité intestinale, on trouve beaucoup de matières demi-liquides et notablement colorées en jaune. La muqueuse est pâle, mais absolument saine, sans altération de ses villosités ni de ses valvules au moins à l'œil nu. Les tuniques de l'intestin sont infiltrées de dehors en dedans par une substance blanchâtre, donnant du suc par le raclage et se terminant insensiblement aux approches de la muqueuse.

Le gros intestin est recouvert par un péritoine très épaissi, ses tuniques sont infiltrées comme celles de l'intestin grêle; sa muqueuse est normale. Le rectum présente un point fort important à noter, qui montre bien la façon dont s'est propagée la lésion: épaissi et infiltré au niveau des points où il répond au péritoine, il présente des tuniques saines là où il n'est pas recouvert par la séreuse.

Dans tout le gros intestin, une grande quantité de matières fécales qui sont dures dans le rectum.

La face supérieure de l'estomac présente un aspect blanc; entre la petite courbure et le foie on trouve une masse bosselée de substance blanchâtre qui a pris la place du petit épiploon; la capacité de l'estomac est normale, peut-être un peu diminuée. Enlevé et incisé, l'organe ne présente aucune lésion macroscopique de sa muqueuse, à peine quelques arborisations vasculaires dans une petite étendue de sa face postérieure. Les parois sont infiltrées, épaissies, rigides.

Le foie est adhérent au diaphragme par sa face supérieure; on parvient cependant assez facilement à rompre ces adhérences. Enlevé de la cavité abdominale, il montre 2 ou 3 noyaux blanchâtres sur sa face convexe, les 4 ou 5 que nous avons signalés sur son bord antérieur. La vésicule biliaire est blanchâtre, ses parois infiltrées, épaissies, sa cavité renferme une bile mêlée d'une quantité notable de mucus. Au niveau du sillon transverse, on trouve des masses qui s'unissent avec celles qui recouvraient la petite courbure de l'estomac. Elles remplissent complètement ce sillon. Par deux coupes réciproquement perpendiculaires, on peut constater que les tumeurs entourent la veine-porte, que celle-ci a entièrement perdu ses parois à leur niveau, ou mieux, que ses parois se sont confondues avec ces produits de nouvelle formation; sauf la tunique interne qui n'est pas altérée et ne présente aucune saillie. La capacité de la veine-porte n'est pas diminuée.

Tout à côté, on trouve les canaux biliaires reconnaissables à leur cavité colorée en jaune, car leurs parois sont confondues avec la tumeur qui les entoure; mais leur face interne est lisse, leur perméabilité normale. Cette tumeur du foie est formée par trois ou quatre masses réunies entre elles; en tout elles ne dépassent pas 6 centimètres de long sur 5 de profondeur. Pas de noyaux cancéreux dans l'intérieur du foie.

Rate normale. Pancréas envahi par le carcinome de sa face péritonéale à sa face postérieure de telle sorte que les $\frac{3}{4}$ postérieurs de sa substance ne sont pas altérés. Reins normaux. Vessie normale. Pas de liquide dans la cavité thoracique. Poumon gauche très adhérent aux côtés, congestionné dans ses $\frac{2}{3}$ supérieurs; son lobe inférieur est hépatisé et va au fond de l'eau. Poumon droit légèrement congestionné.

Cœur épaissi, résistant. Un peu d'œdème du tissu conjonctif sous-péricardique au niveau de son bord droit.

17. Etranglement interne par le collet d'un sac herniaire déchiré. — Mort. — Autopsie; par M. J. BERTHAUT, interne des hôpitaux.

Le nommé Jean Goujon, âgé de 27 ans, charpentier, est entré le 11 mai 1882 à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr MILLARD, salle Saint-Louis, lit n° 16.

Cet homme, vigoureux, bien musclé et ordinairement bien portant, n'a eu d'autre maladie que la variole, il y a un an et demi. Habitué à user largement des boissons alcooliques, il avait, le jour même de son entrée à l'hôpital, fait un excès de table (absinthe, déjeuner copieux, vin en quantité, café, cognac, etc., etc.) Après le déjeuner, il ressentit tout à coup des douleurs adominales extrêmement violentes. Dans le but de calmer ces douleurs, il avait avalé un verre d'absinthe pure (un verre à liqueur), il n'éprouva d'ailleurs aucun soulagement et fut pris de vomissements. L'interne de garde, pensant qu'une substance nuisible avait été ingérée, administra un vomitif (ipéca stibié).

Le soir, le malade éprouvait des douleurs abdominales très intenses. Il se roulait sur son lit, vomissant et faisant des efforts constants pour uriner. Les vomissements étaient verdâtres et exhalaient une odeur alcoolique. Les efforts faits par le malade amenaient l'expulsion de matières fécales en petite quantité, mais l'urine évacuée était peu abondante. Le ventre était plat et les muscles de la paroi abdominale étaient contracturés. Les testicules étaient rétractés, surtout le gauche, qui était appliqué contre l'anneau. Le faciès était pâle, les traits tirés, le pouls petit et fréquent. Pas de fièvre : refroidissement des extrémités. Le malade ayant dit qu'il avait une hernie inguinale, les orifices furent examinés avec le plus grand soin. Nulle part, on ne trouvait de tuméfaction anormale pouvant indiquer l'existence d'une tumeur herniaire. La douleur n'était plus intense en aucun point ; le ventre était partout très douloureux et absolument plat. L'examen d'ailleurs était difficile, le malade ne pouvant rester en repos. En outre, les envies d'uriner étaient très fréquentes, et le malade demandait seulement qu'on diminuât ses douleurs et qu'on le fit uriner. La sonde introduite dans la vessie livra passage à une très petite quantité d'urine. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine amenant un soulagement marqué.

12 mai. Evacuation de quelques matières fécales dans la nuit. Vomissements verdâtres peu abondants. Pas de fièvre. Pas de météorisme. Le ventre est plat, très douloureux

dans toutes son étendue. Les muscles de la paroi abdominale sont contracturés ; la rétraction des testicules persiste au même degré. La face est toujours pâle, les traits tirés et les envies d'uriner très fréquentes. Mais l'émission d'urine est presque nulle. Par le cathétérisme on n'obtient guère que deux cuillerées d'urine tout à fait normale. L'ensemble des commémoratifs et des symptômes conduit M. le Dr Millard à croire qu'il s'agit d'une perforation stomacale ou intestinale. Traitement : glace, lait, potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Dans la journée, vomissements peu abondants. Emission d'une très petite quantité d'urine ; pas de fièvre.

13 mai. Dans la nuit et le matin, le malade a vomi une pleine cuvette de liquides verdâtres. Le faciès est très altéré ; le nez est effilé, froid, les yeux cernés, excavés. Le ventre est toujours plat, les muscles abdominaux contracturés, les testicules rétractés au même degré. Les extrémités sont refroidies, le pouls fréquent, très petit, presque imperceptible. Envies fréquentes d'uriner. Pas d'émission d'urine ; par le cathétérisme on n'en obtient pas une goutte. Piqure de morphine. — Mort à midi. — Immédiatement après la mort, le ventre commence à se ballonner.

AUTOPSIE, le 15 mai, matin, 38 heures après la mort. — Ventre météorisé. La cavité péritonéale renferme du sang et du gaz. Dans le flanc gauche et la fosse iliaque gauche, se trouve un volumineux paquet intestinal qui, par son aspect et son volume, diffère du reste de l'intestin. En effet, cette portion de l'intestin est très distendue ; elle a une coloration brunâtre et sa tunique péritonéale est éraillée en plusieurs points, laissant à nu la tunique musculaire. On reconnaît alors qu'elle est constituée par une longue anse de l'intestin grêle, engagée dans un anneau d'aspect fibreux, adhérent à la paroi d'un sac herniaire situé dans le canal inguinal gauche. Tout d'abord, on pouvait croire que cet orifice appartenait au mésentère. Mais, en examinant la pièce anatomique avec plus d'attention, il fut aisé de voir que le mésentère n'avait avec l'anneau que des rapports de contiguïté et qu'il avait été entraîné dans cet anneau à la suite de l'intestin. L'anse intestinale, dégagée de l'anneau qui l'étranglait, mesure 1 m. 60 cent. de long. C'est la dernière portion de l'intestin grêle, la partie voisine du cœcum se trouvant dans l'orifice.

La surface péritonéale de l'anse intestinale ne présente rien de particulier, sinon les éraillures de la séreuse que nous avons déjà signalées. Sa cavité renferme du sang et la muqueuse ne présente pas d'ulcérations. Pas de perfora-

tion de l'estomac ni de l'intestin. Le gros intestin renferme des matières fécales ; dans l'estomac et la partie de l'intestin grêle non étranglée, on trouve une quantité de liquide verdâtre. Pas de lésion de l'appareil urinaire, ni de l'appareil biliaire. Les autres organes ne présentent que des altérations cadavériques. Il s'agit donc de l'étranglement d'une longue anse intestinale engagée dans un anneau situé dans la cavité abdominale. Cet anneau, formé par une sorte de bride très résistante, est dirigé verticalement. Son segment supérieur est libre de toute adhérence et son segment inférieur semble s'attacher en dedans de l'orifice profond ou abdominal du canal inguinal gauche. En ce point, au lieu de la fossette qu'on trouve à l'état normal, on voit un orifice à bord irrégulier, comme déchiré, lequel conduit dans un sac herniaire. Après avoir disséqué avec soin le sac herniaire, il devient évident que l'anneau, agent de l'étranglement, lui appartient et en constitue le collet. L'orifice de l'anneau en effet est régulier, a l'aspect séreux et est le siège de stigmates. Au niveau de la partie inférieure de l'anneau, il y a continuité parfaite de l'anneau avec la paroi du sac. En outre, le segment supérieur peu large et parfaitement libre est irrégulier, et ses inégalités s'adaptent bien aux inégalités du bord de l'orifice, qui conduit dans le sac herniaire. L'orifice dans lequel l'anse intestinale s'est étranglée est donc bien le collet du sac. La situation singulière de ce collet, la lésion rare et anormale qui s'est produite résultent de ce fait, que le sac herniaire s'est déchiré dans une assez grande étendue au niveau de la partie supérieure de son côté externe. On ne comprend pas aisément le mécanisme et la cause de cette déchirure. Il est probable qu'une petite anse intestinale contenue dans le sac herniaire, était déjà étranglée, lorsque la déchirure s'est produite consécutivement à cet accident, sous l'influence peut-être des efforts du malade et de contractions intestinales énergiques, la paroi du sac s'est rompue. Le collet, séparé de la partie externe du sac par cette déchirure demi-circulaire et transformé en anneau adhérent seulement au côté interne du sac, s'est relevé et placé verticalement sous l'influence de tractions exercées par l'anse intestinale qui rentrait dans la cavité abdominale. Il y a là un fait anormal. Ordinairement, quand un sac herniaire se déchire, le viscère hernié ne rentre pas dans la cavité abdominale, mais se glisse dans le tissu cellulaire intermusculaire ou sous-aponévrotique et la hernie devient interstitielle. C'est peut-être parce que la déchirure s'est produite très près du collet, que le péritoine pariétal s'est

ou et que l'intestin a pu rentrer dans la cavité abdominale et que le collet a pu devenir un agent d'étranglement intra-abdominal. Le collet aurait même pu être complètement séparé du sac herniaire et suivre partout l'intestin étranglé.

Dans la cavité abdominale, l'anse intestinale a pu se dilater aisément et entraîner dans l'orifice une longueur considérable de l'intestin.

FLEXIONS. — Dans ce cas, l'attention doit être attirée sur plusieurs points importants : 1° l'absence de météorisme avant ou au moment de la mort ; 2° l'expulsion par l'anus de quelques matières fécales provenant du gros intestin ; 3° envies fréquentes d'uriner qui préoccupaient surtout le malade ; 4° la rétraction complète du testicule gauche qui était appliqué contre l'anneau.

La rétraction du testicule gauche était liée étroitement à la position anatomique. Ce symptôme qui, dans des cas semblables, pourrait avoir une grande valeur, était dû à la traction exercée sur le cordon testiculaire par le sac herniaire qui était attiré lui-même par les contractions de l'intestin engagé dans le collet.

On peut encore tirer de ce cas une conclusion pratique : lorsque, chez un malade atteint de hernie, on constatera des signes de l'étranglement, alors qu'il sera impossible de voir trace d'une tumeur herniaire, on pourra penser, non seulement à une réduction en masse de la hernie, mais encore à une rupture du sac herniaire, avec rentrée de la cavité abdominale de l'intestin étranglé par le collet.

Hématurie. — Mort. — Néphrite calculeuse avec dilatation des bassinets et des uretères. — Muqueuse vésicale épaissie et recouverte dans toute son étendue d'une couche de gravier qui lui est très-adhérente ; par M. A. BÉRENGER, interne des hôpitaux.

Raymond (François-Louis), âgé de 66 ans, est entré à la Pharmacie Saint-Jean-Baptiste, le 28 mars 1882, service de M. L. RAYMOND.

Jeune maladie dans la jeunesse. Artiste dramatique, il a débuté sur la scène dès l'âge de 20 ans. Depuis cette époque, il s'est adonné à tous les divertissements possibles, à tous les jeux, et avait-il fini ses représentations théâtrales qu'il pas-

sait très fréquemment le reste des nuits à se livrer à des excès alcooliques et génésiques. Il raconte que souvent il était des semaines entières sans prendre le moindre repos. Durant l'été de 1864, étant au Havre pour ses représentations, il eut, à la suite de fatigues de toutes sortes, une abondante hématurie qui ne se calma que lentement par le repos et un traitement approprié.

Jusqu'à cette époque, la miction avait toujours été indolente et sans le moindre phénomène anormal qui pût faire penser à quelque lésion de l'appareil *génito-urinaire*. Le malade n'avait jamais remarqué la présence de graviers ou de sable dans ses urines.

D'une très forte constitution, ses excès de fatigue ne l'affaiblissaient pas trop, mais, à partir de cette première atteinte, Jourdain commença à perdre ses forces, et au moindre excès de boissons ou de colt, il était immédiatement pris de *pissement de sang*. Ces hématuries se renouvelèrent au moins dix fois depuis 1864, et le 8 décembre de l'année dernière, étant très affaibli et dans l'impossibilité de subvenir à ses dépenses, il fut admis à l'hospice des incurables d'Ivry et placé dans une salle de valides.

Depuis son entrée, la faiblesse augmenta de plus en plus, la marche devint difficile, et souvent son urine était mélangée de sang. Enfin, le malade passa à l'infirmerie où nous le trouvons dans l'état suivant : C'est un homme encore assez gras, grand, pâle, bien musclé, ayant conservé toute son intelligence et répondant à toutes les questions qu'on lui adresse. Il ne se plaint d'aucune douleur, mais il est plongé dans un état d'affaiblissement considérable. Il est indifférent à tout ce qui l'entoure, son pissement de sang seul le préoccupe. Il urine quatre à cinq fois par jour et à chaque miction il rend une assez grande quantité de sang noirâtre, plus ou moins mélangé à l'urine et quelquefois légèrement caillibotté. L'examen de la région lombaire ne révèle rien, le malade prétend n'avoir jamais eu de douleurs de reins. Le cathétérisme est pratiqué soigneusement avec une sonde de moyen calibre, et l'on ne découvre aucun calcul vésical ou prostatique qui puisse expliquer l'hématurie. D'ailleurs, le malade n'éprouve aucune sensation de pesanteur au périnée, le jet d'urine est normal et il n'y a pas de graviers dans les urines. Par le toucher rectal, on constate un peu d'hypertrophie de la prostate. — Pas de ténisme vésical ni rectal. La palpation du ventre ne révèle aucune tumeur dans la cavité abdominale.

L'auscultation du cœur nous fait percevoir un bruit systolique à l'orifice aortique. Les poumons sont congestionnés

et à l'auscultation on entend à leur base de nombreux râles muqueux. L'appétit est presque nul et le malade ne prend que du bouillon et des potages, ce qu'il fait d'ailleurs depuis quelques semaines. Il y a un peu de fièvre le soir, et la température est à 38°. Traitement : Repos absolu, ergot de seigle, extrait de ratanhia, digitale, tannin, potion de Tood.

Avril. Malgré le traitement, l'hématurie persiste et une nouvelle exploration de la vessie n'amène aucun résultat.

L'affaiblissement augmente considérablement; les membres inférieurs s'œdématisent, il y a, la nuit, un peu de subdelirium, et le malade meurt le matin du 18 avril dans une profonde cachexie.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule une certaine quantité d'un liquide séreux et l'encéphale est anémié et œdématisé. Rien dans les méninges. Des coupes pratiquées dans le cerveau ne révèlent aucune lésion morbide des noyaux centraux.

Protubérance saine, bulbe normal, rien à la moelle épinière. Pas d'adhérence pleurale. Les *poumons* sont congestionnés à leur bord postérieur et leur base est légèrement œdémateuse. A leur surface, on ne trouve aucun point ecchymotique. Le *cœur* est hypertrophié, poids 454 gr., et cette augmentation de volume porte surtout sur le cœur gauche (ventricule). Rien aux orifices. La surface interne de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique est parsemée de nombreuses plaques athéromateuses. Le *foie*, la *rate* et le *pancréas* ont bien leur volume normal et ne présentent à la coupe aucune lésion appréciable à la vue. Les *reins* sont volumineux, et toute leur surface est couverte de nombreux petits kystes variant du volume d'une lentille à celui d'une noisette. A la coupe, on trouve les lésions de la néphrite mixte. Les *bassinets* sont dilatés et un certain nombre de petits graviers adhèrent à leur surface muqueuse, qui est épaissie et légèrement injectée. Les deux *uretères* ont subi une dilatation considérable sur toute leur longueur. Quand on fait passer un courant d'eau par le bassinets, l'uretère offre un diamètre d'un centimètre et demi environ, avec quelques points moins dilatés où la lumière du canal semble avoir conservé son volume normal. Les parois sont minces et ne donnent plus sous le doigt la sensation d'un petit corps dur et cylindrique.

La *vessie* a diminué de capacité, et ses parois présentent une épaisseur d'un centimètre et demi environ. La

muqueuse épaissie est le siège d'une congestion intense, elle est recouverte dans toute son étendue d'une couche de petits graviers qui lui adhèrent d'une manière tout à fait intime. Aux deux angles postérieurs du *trigône vésical*, les orifices des uretères sont entourés et même recouverts par une sorte de plaque calcaire de trois ou quatre centimètres de circonférence, faisant une légère saillie dans la cavité vésicale et constituée par la soudure complète de nombreux graviers. Au centre de ces plaques, on remarque une petite ouverture qui permet, quoique très difficilement, à l'urine de pénétrer dans la vessie, car, comme je l'ai dit précédemment, de l'eau injectée par le *bassin* net dilate considérablement les uretères et ne passe que très lentement dans la vessie. Les quelques cellules qui existent au niveau du *bas-fond* de la vessie sont remplies de graviers, qui d'ailleurs recouvrent aussi la muqueuse de la portion prostatique de l'urèthre. Rien à signaler dans l'appareil séminal.

En résumé : Néphrite calculeuse avec dilatation des bassinets et des uretères, inflammation chronique de la vessie qui est recouverte dans toute l'étendue de sa surface interne par une couche de graviers très adhérents à la muqueuse sous-jacente.

RÉFLEXIONS. — Les hématuries se sont répétées chaque fois que notre malade faisait de grands excès de boissons ou de femmes. Cependant, jamais la miction ne fut douloureuse, jamais Jourdain n'a ressenti la moindre douleur à la région lombaire, sur le trajet des uretères ; mais la présence de nombreux graviers adhérent intimement à la muqueuse de la vessie explique les urines sanguinolentes que le malade rendait de temps en temps.

La gêne du passage des urines dans la vessie est causée par les plaques calcaires que nous avons décrites plus haut, et cet obstacle au libre écoulement de l'urine a amené la dilatation des uretères.

En résumé : Cette observation nous paraît intéressante par l'absence de coliques néphrétiques, par la répétition des hématuries et par la disposition des graviers qui recouvrent toute la muqueuse vésicale.

Hémorrhagie cérébelleuse. — Chute sans perte de connaissance. — Vomissements. — Hémiplegie gauche avec contracture et ptosis du même côté. — Douleur occipitale bien localisée. — Sensibilité générale obtuse. — Coma. — Mort. — Vaste foyer hémorrhagique occupant tout l'hémisphère droit du cervelet ; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

La nommée veuve Gourdet, repasseuse, est entrée à l'Infermerie Ste-Geneviève, n° 39, service de M. RAYMOND, le 15 mars 1882. Elle n'a jamais été malade et a toujours beaucoup travaillé. Admise à l'Hospice des Incurables le 17 avril, le 19 novembre de l'année dernière, elle fut placée dans une salle de valides.

Autant que les renseignements et un examen minutieux permettent de l'affirmer, elle ne présente aucun antécédent pathologique, soit héréditaire, soit acquis. Mère de quatre enfants qui vivent encore et sont bien portants, ses sœurs furent toutes très heureuses. Il y a huit jours, allant, dans l'après midi, s'approcher du lit de sa voisine, elle tomba subitement sans perdre connaissance, poussa de violents cris de douleurs, et, quand on la releva, elle était nullement paralysée. Mon collègue, qui fut appelé immédiatement, ne constata qu'une simple contusion au milieu de la hanche gauche et ordonna le repos et quelques frictions avec l'alcool camphré. Cependant, à partir de ce moment, du malaise survint, elle perdit l'appétit, examinée de nouveau, 24 heures après, on ne constata qu'un léger embarras gastrique accompagné d'une congestion du sommet du poumon droit. A ce moment, il n'y avait aucune paralysie et l'intelligence était parfaitement conservée.

Hier, la malade fut prise de vomissements ; le côté gauche se paralysa, et elle fut admise à l'Infermerie. Ce matin, les vomissements continuent, sans effort, et l'estomac ne peut rien garder. Les traits ne sont pas déviés, mais la paupière supérieure du côté gauche est abaissée et l'on est obligé de la relever pour voir la pupille qui est normale ainsi que celle du côté droit. Pas de strabisme, réflexe pupillaire intact.

Le membre supérieur gauche est paralysé et légèrement contracturé en flexion, que d'ailleurs la moindre traction fait disparaître. Rien au bras droit. Les deux membres inférieurs sont aussi paralysés, mais la paralysie est plus complète à gauche où la jambe est tout à fait flasque. Pas de contracture.

L'intelligence paraît conservée, car la malade répond assez bien aux questions qu'on lui pose et elle indique une douleur localisée à la moitié droite de la région occipitale. Pas de déviation de la langue. La sensibilité générale est obtuse et l'on peut faire des piqûres sans provoquer de réaction. Pas de réflexe tendineux, réflexe cutané intact.

En examinant le thorax, on trouve de la matité au sommet du poumon droit, et l'auscultation fait percevoir des râles sous-crépitaux au même niveau. Un peu de toux sans crachats ; rien au cœur. La langue est sèche et le pouls plein, vite et fort. Température : 38°. Pas de diarrhée, pas de constipation. Miction normale. Urine sans albumine, ni sucre. Traitement : Potion de Tood, rhum.

Soir. La malade est plongée dans le coma, elle ne peut plus prononcer un mot, les quatre membres sont flasques et la mort arrive à dix heures du soir.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la poitrine, nous trouvons les deux poumons emphysémateux et les lésions de la pneumonie ou plutôt de la broncho-pneumonie au sommet du poumon droit.

Le cœur est petit, mou, sans lésion à ses orifices. Les organes de la cavité abdominale ne présentent rien qui mérite d'être noté.

En enlevant l'encéphale de la boîte crânienne, le cerveau paraît sain et de nombreuses coupes transversales pratiquées d'avant en arrière, ne dévoilent aucun foyer d'hémorragie ou de ramollissement. Mais l'hémisphère droit du cervelet est augmenté de volume, et il existe sur la partie moyenne de sa face supérieure une saillie perforée à son sommet. Cette ouverture fait communiquer la surface cérébelleuse avec un foyer hémorragique contenu dans la substance blanche du cervelet et s'étendant jusqu'au bord gauche du lobe moyen, de sorte que l'épanchement sanguin sépare les deux *vermis superior et inferior* et les deux lames de substance grise de l'hémisphère droit du cervelet.

Au pourtour de cette ouverture, on trouve un peu d'hémorragie sous-méningée sur une étendue de deux à trois centimètres.

Le foyer hémorragique, débarrassé de ses caillots sanguins, présente le volume d'un œuf de poule environ et ses parois sont déchiquetées et considérablement ramollies.

En résumé : foyer apoplectique volumineux, s'étendant à toute la substance blanche de l'hémisphère droit et du

le médian du cervelet, avec prolongement sous les méninges cérébelleuses par une petite ouverture.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante non seulement au point de vue clinique, mais aussi en raison de l'étendue de la lésion morbide.

Rarement les foyers hémorragiques du cervelet sont aussi considérables, et c'est à peine si les Bulletins de la Société Anatomique contiennent quelques faits où le sang, après avoir fait irruption dans la substance nerveuse du cervelet, perfore la lame grise cérébelleuse pour se répandre sous les méninges.

Nous avons observé chez notre malade des vomissements, la paralysie des deux membres du côté opposé à la lésion cérébelleuse. Cette hémiplégie gauche était accompagnée de contracture qu'explique l'hémorragie sous-méningée. Il n'y avait aucun trouble du côté des organes des sens, contrairement à ce que l'on observe dans la majorité des cas de foyer apoplectique du cervelet, et la sensibilité générale était obtuse.

Comme on le voit, la conservation de l'intelligence, les vomissements et la céphalalgie occipitale ont été les seuls signes qui pussent faire penser à une lésion cérébelleuse. L'examen cadavérique est venu corroborer le diagnostic.

Séance du 26 mai 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

20. M. COINET présente un cas d'invagination du duodénum.

21. M. BAUDOUIN apporte le cœur et la rate d'un malade mort d'endocardite ulcéreuse.

22. M. THIBIERGE présente l'estomac d'un enfant mort des suites d'une intoxication aiguë par la potasse.

23. Pachyméningite cervicale tuberculeuse ; par
M. A. CHANTENESSE, interne des hôpitaux.

Rabuel, forgeron, entre le 21 janvier 1882, dans le service de M. FERNET, à l'hôpital Beaujon. C'est un homme jeune, 31 ans, et d'une constitution vigoureuse; il n'a en effet jamais été malade. Il nie tout antécédent de syphilis, mais porte sur les membres inférieurs quelques taches pigmentées.

Il y a 3 mois, il a ressenti sans cause connue une douleur qui s'est accrue peu à peu au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; cette douleur persistante était un peu plus vive la nuit que le jour. Bientôt, il s'aperçut que la première phalange du médius droit grossissait notablement et devenait douloureuse. Peu de temps après, il ressentit dans la nuque, surtout du côté droit, une gêne de mouvements, puis une souffrance vive.

A son entrée, les phénomènes constatés sont les suivants : tuméfaction générale et régulière du médius droit; augmentation de volume de la partie externe de la nuque, à droite. La gouttière qui existe du côté opposé a fait place ici à une voussure bien visible, dure au toucher et qui semble produite par une lésion osseuse des apophyses transverses cervicales. Rien aux apophyses épineuses tout le long de la colonne vertébrale; la pression n'y réveille pas de douleur. La masse sous-épineuse et le deltoïde du côté droit, surtout dans son faisceau postérieur, sont le siège d'une atrophie considérable qui entraîne l'impuissance des mouvements d'abduction du bras droit et d'élévation au-dessus de la tête. Les muscles des membres ont conservé leur volume et leur énergie normale, à l'exception des fléchisseurs de la main qui sont un peu parésiés.

Du côté gauche, la musculature de l'épaule et du bras est intacte; seules, les éminences hypothénar et thenar sont un peu diminuées de volume.

Le malade serre faiblement la main. Dans tout le territoire cutané du médian et du cubital, la sensibilité à la piqure et au froid est très émoussée. Rien aux membres inférieurs. Les appareils de la circulation et de la respiration, les fonctions digestives sont normales.

Diagnostic : pachyméningite cervicale, consécutive probablement à des lésions osseuses. Bien que l'existence de la syphilis soit douteuse, on institue le traitement spécifique : chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium et friction avec 4 grammes d'onguent napolitain.

8 février. Le traitement est parfaitement supporté. La tuméfaction du médius semble un peu diminuée, mais les douleurs du cou persistent. A ce niveau, le gonflement s'est accru. Le malade ne peut dormir malgré 2 et 3 grammes de chloral, il est réveillé chaque nuit par des crises de douleurs très vives. Iodure de potassium 6 grammes; emplaître de Vigo sur la nuque.

10 février. Douleurs violentes chaque nuit. Atrophie considérable des masses sus et sous-épineuses de l'un et de l'autre côté. A droite, le muscle grand pectoral a presque disparu; à gauche, les éminences thénar et hypothénar existent plus. Le malade peut à peine fermer la main. La paralysie et l'anesthésie suivent l'atrophie musculaire. Malgré les douleurs, l'appétit persiste, pas de troubles digestifs.

14 février. Les crises douloureuses augmentent d'intensité. Sensation de compression autour du cou.

24 février. La tuméfaction de la nuque à droite s'est accrue. La rotation de la tête fixée par la contracture des muscles du voisinage est impossible; la face regarde à gauche.

10 mars. L'atrophie des muscles du dos a fait des progrès. La flexion de l'avant-bras droit sur le bras est à peine possible. L'hypertrophie osseuse de la première et de la seconde phalange du médius n'est pas en décroissance. Avant l'impuissance du traitement spécifique, la syphilis a été mise hors de cause et les frictions mercurielles ont été supprimées depuis 5 jours. La tête est toujours fixée dans sa position vicieuse, la face tournée à gauche. Douleurs dans la nuque intolérables, le malade les compare à des coups de marteau. L'appétit est un peu diminué; il n'y a ni vomissements, ni gêne de respiration, ni fièvre.

22 mars. Paralysie complète du bras droit, à peu près complète du gauche. Les douleurs du cou et de la tête sont un peu moins violentes. Le patient mange à peine et ne peut plus marcher.

27 mars. Immobilité absolue du membre supérieur droit; sensibilité très diminuée; les muscles atrophiés réagissent encore au courant induit. Sensation continue de fourmillements. La paralysie et l'anesthésie sont un peu moins complètes dans le bras gauche.

Dans les membres inférieurs, l'affaiblissement musculaire est très marqué; du côté gauche, parfois des secousses involontaires. Le malade ne peut plus écarter les jambes l'une de l'autre. La motilité et la sensibilité sont profondément altérées: plus à gauche qu'à droite. L'état géné-

ral est très mauvais, l'appétit disparu, les douleurs beaucoup moins vives. Rétention d'urine et constipation opiniâtre depuis 3 jours.

28 mars. L'asphyxie commence. Les contractions du diaphragme qui, jusqu'alors, avaient maintenues la respiration s'affaiblissent. Le malade repose dans le décubitus dorsal, absolument immobile, la tête fortement rejetée à gauche, la face violacée et couverte de sueurs, les membres inertes. L'ampliation du thorax dont le squelette est dessiné par l'atrophie des intercostaux est presque insensible et par suite la voix éteinte. L'intelligence est nette jusqu'aux derniers moments de l'asphyxie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Rien à noter au sujet des viscères abdominaux. Le cœur est sain. Les poumons ne présentent pas trace de tubercules; le gauche porte vers la partie moyenne de son bord postérieur une dépression pouvant loger une petite noix, tapissée par les deux feuillets de la plèvre viscérale et pariétale et remplie d'une matière blanchâtre, sèche et tout à fait caséeuse. Cette matière caséeuse provient de la fonte des vertèbres cervicales; on reconnaît le long de la face antérieure de la colonne cervicale le chemin qu'elle a parcouru, fusant comme les abcès par congestion pour venir se collecter dans la cavité thoracique, en arrière de la plèvre et du poumon gauche. C'est là, sans doute, la cause des premières douleurs ressenties par le malade au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Le cerveau est intact; pas de lésions méningées.

Nous pratiquons la coupe du pharynx qui va nous permettre d'explorer la face antérieure des vertèbres du cou. L'atlas et l'axis n'offrent rien d'anormal; la 3^e, la 4^e et la 5^e vertèbres cervicales sont le siège d'une ostéite intense qui a envahi le corps, les lames postérieures et les articulations qui les relient. Le tissu osseux est rouge, poreux, friable et se laisse pénétrer sans difficulté par le bistouri; la cassure permet de reconnaître la présence de plusieurs petits amas caséeux; les articulations sont enflammées. La lame cartilagineuse qui les tapisse est amincie, dépolie, érodée par places; mais ce n'est pas à leur pourtour que siègent les altérations osseuses les plus avancées.

Dans le canal vertébral, immédiatement en regard de la face postérieure des vertèbres enflammées, on trouve une grande quantité de tissu blanchâtre lardacé répandu sur la surface externe de la dure-mère, faisant corps avec elle, l'ayant dissociée et fait disparaître par places, notamment au

niveau de la 4^e cervicale. En ce point, un gros bourgeon blanchâtre, long de deux centimètres, est venu s'accoler à la face antérieure de la moelle à laquelle il adhère; l'incision de la méninge permet facilement de reconnaître l'endroit par lequel le tissu lardacé a fait irruption. Cette néoformation, plus abondante du côté droit, a eu pour résultat de repousser la moelle vers le côté gauche de la cavité vertébrale et de lui faire subir une compression manifeste.

La région de la nuque, examinée vers sa face postérieure, montre toujours à droite une notable tuméfaction; elle est d'autant plus appréciable que la contracture qui portait violemment la face du côté gauche a disparu. Cette tuméfaction profonde et si dure qu'on l'avait au début rapportée à une hypertrophie osseuse, est constituée par un gros ganglion rempli de matière caséuse qui s'écoule un peu après l'incision. D'autres ganglions de la nuque, moins volumineux, ont également subi une augmentation de volume avec caséification de leur contenu. La moelle épinière et la dure-mère spinale n'offrent pas de lésions dans le reste de leur trajet.

La première phalange du médius est incisée suivant son grand axe avec une très grande facilité. Le tissu osseux est rouge et friable. Au centre, une petite cavité irrégulière dont les parois ne sont autre chose que les alvéoles de la substance médullaire agrandis.

Examen microscopique.— Il a porté sur le tissu lardacé qui comprimait la moelle et sur la phalange hypertrophiée du médius. La coupe de la masse péri-duremérienne au point où elle perfore la méninge est formée par une agglomération de petites cellules atrophiées et caséuses en beaucoup de points. Cette dégénérescence se montre par îlots de forme et d'étendue variables, entourés à leur périphérie par une couronne d'éléments plus jeunes qui se colorent vivement par le carmin. Par places, des cellules géantes; ailleurs, une transformation graisseuse de cellules disséminées ou agglomérées dans une petite étendue de la coupe; quelques rares vaisseaux contenant du sang; ceux qui traversent les îlots caséux sont oblitérés.

Aux deux extrémités de la coupe, on retrouve la méninge à peu près intacte, excepté à sa face externe où elle envahie çà et là et amincie par l'infiltration tuberculeuse. Au centre, la dure-mère a disparu; c'est à peine si on retrouve quelques vestiges de sa constitution fibro-élastique; les bourgeons caséux l'ont déchirée et fait disparaître dans leur envahissement progressif.

La phalange du médius contient aussi des productions tuberculeuses, confluentes à la partie centrale, isolées à mesure qu'on se rapproche de la périphérie. Au centre, les alvéoles du tissu spongieux sont agrandis, bourrés de jeunes cellules dont les unes se colorent bien par le picrocarmin et dont les autres sous forme d'ilots ou de nappes sont caséifiées. Ça et là, toujours en dehors des granulations, de petits vaisseaux gorgés de sang. Dans les masses tuberculeuses ou à leur pourtour, on aperçoit un certain nombre de cellules géantes dont quelques-unes sont énormes. Les lames osseuses sont érodées, amincies, mais conservent encore leurs ostéoblastes. Plus en dehors, on trouve des granulations isolées : les plus jeunes semblent débiter dans les canalicules de Havers.

À la périphérie, les alvéoles et leurs parois osseuses se retrouvent avec la plupart de leurs caractères, non sans présenter des signes évidents d'inflammation. Il y a dans chaque espace, mêlées aux cellules adipeuses, de nombreuses cellules jeunes et les travées osseuses portent le long de leur trajet de petites encoches remplies d'éléments jeunes, c'est-à-dire des lacunes de Howship comme dans l'ostéite ordinaire. La moelle n'a pas encore été examinée —

RÉFLEXIONS. — Cette observation se rapproche beaucoup de celles qu'ont fait connaître MM. Charcot et Joffroy dans leur travail sur la pachyméningite cervicale hypertrophique. La cause du mal diffère, mais la symptomatologie se déroule à peu près semblablement. Il existe cependant quelques points qui, dans ce cas particulier, s'écartent du tableau.

La période de douleurs locales plus aiguës la nuit que le jour et le torticolis ont ouvert la scène, mais il n'y a jamais eu de troubles digestifs ni de vomissements. Ensuite, la paralysie et l'atrophie musculaire ont envahi les membres supérieurs, plus marquées du côté droit et distribuées sans aucune symétrie. Le deltoïde et les masses sus et sous-épineuses ont été les premiers touchés. Nous n'avons pas noté l'intégrité des muscles épicondyliens qui surmontent de ce fait la résistance de leurs adversaires fléchisseurs et produisent la déformation caractéristique appelée *main de prédicateur*. Enfin, il n'y a pas eu de troubles trophiques.

Dans le fait que nous rapportons, les végétations tuberculeuses de la dure-mère ont produit le même effet que les lamelles fibreuses concentriques dans la pachyméningite

vicale hypertrophique; les symptômes, en effet, découlent de la compression de l'axe nerveux en un point donné non de l'agent compresseur. La tuberculisation de la moelle entrainée par les lésions osseuses de voisinage aurait pu se faire en un point quelconque en rapport avec le siège de la vertèbre malade, et nous aurions observé toute autre chose que la symptomatologie précédente. Ce qui revient à dire que nous avons assisté à l'évolution d'une affection secondaire et non d'un cas particulier de la maladie méningée cervicale hypertrophique.

En terminant, nous ferons remarquer combien était sûr le diagnostic de la nature de la maladie; une dégénérescence tuberculeuse des vertèbres qui ne se manifeste que par les caractères que nous avons mentionnés n'est pas une chose commune.

24. Fibromes du lobule de l'oreille;

par M. Albert RUULT.

Les tumeurs que j'ai présentées à la Société anatomique le 26 mai 1882 proviennent d'un nègre de Porto-Rico. Elles ont été apportées en France par le Dr Vadi, qui en a pratiqué l'ablation au mois de décembre dernier.

Ces tumeurs étaient symétriquement appendues aux lobes des oreilles. Elles sont de forme ovoïde, légèrement aplaties, à grosse extrémité inférieure. La plus volumineuse, qui siégeait du côté gauche, a une longueur de 9 centimètres sur 6 de largeur et 4 d'épaisseur. Celle qui siégeait à droite a une forme plus régulièrement sphérique des dimensions un peu moindres. La peau qui les recouvre présente de nombreux replis, ce qui leur donne un aspect strié; leur coloration ne différait de la teinte noire du reste du corps que par une nuance légèrement plus claire et leur aspect lustré. — L'individu qui en était porteur est un sujet âgé de 20 ans, d'une vigoureuse constitution, et qui n'a jamais souffert d'aucune maladie, mais il a toujours présenté une grande prédisposition aux néoformations cicatricielles, comme cela est du reste fort commun chez les nègres; chez lui, la moindre écorchure était un point de départ d'une chéloïde. Toutefois, il n'a jamais eu aucun traumatisme qui puisse expliquer le développement de ces néoplasmes, et il n'a jamais porté de boucles d'oreilles. Ces tumeurs paraissent s'être développées dans l'épaisseur même des lobules, qui, dès l'enfance du sujet,

étaient déjà plus gros qu'à l'état normal; et quand il eut atteint l'âge de 15 ans, elles avaient atteint les dimensions d'un œuf de poule.

Un médecin du pays en pratiqua l'ablation, mais elles récidivèrent sur place en prenant leur base d'implantation non seulement sur la région du lobule de l'oreille déjà excisé, mais aussi sur les régions parotidiennes et massété-rines. — Cinq ans après la première opération, elles avaient atteint un volume assez considérable pour gêner le malade et c'est alors que le Dr Vadi les a enlevées. — Ces tumeurs ont toujours été indolentes et ne se sont jamais ulcérées. — Le malade a été perdu de vue depuis l'opération.

Les pièces ont été conservées dans l'alcool. A la coupe, la tumeur paraît formée de faisceaux fibreux dirigés dans tous les sens. Sa consistance est très dure. L'examen histologique, pratiqué au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et fait sur des coupes minces colorées au picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, m'a permis de constater que ces tumeurs sont de vrais fibromes fasciculés. Elles sont formées de faisceaux entrecroisés de fibres du tissu conjonctif, entre lesquelles on trouve des cellules plates. Des vaisseaux, peu nombreux, parcourent ce tissu. Je n'ai trouvé ni fibres élastiques, ni aucune trace de tissu muqueux.

Ce fait m'a paru intéressant; d'abord parce que ces tumeurs sont rarement observées en Europe; ensuite à cause de leur volume; puis parce qu'elles proviennent d'un individu du sexe masculin et qu'elles sont congénitales, enfin à cause de leur structure. En effet, depuis déjà longtemps on a signalé des tumeurs analogues, bien que de dimensions moindres, chez des sujets de la race noire, qui semble du reste en avoir le privilège; mais on ne les a observées que chez des négresses, et toujours à la suite du percement des lobules des oreilles, et de l'irritation produite par de lourdes boucles d'oreilles métalliques. (Saint-Vel: *Gazette des hôpitaux*, 1854, page 334. — Knapp: *Archiv. für Augen u. ohrenheilkunde*, 1876, tome, 6, page 1876. — Turnbull: *Transactions of the international medical Congress*, 1881, vol. 3, page 360.) Le seul examen histologique publié (Knapp) montre qu'on a eu affaire à un myxo-fibrome et non à un fibrome vrai. Ces tumeurs ont toujours récidivé plusieurs fois sur place, peut-être parce qu'elles avaient été enlevées incomplètement.

5. Cerveau d'idiot épileptique, mutisme sans surdité. — Méningite chronique, œdème sous-arachnoidien très-marqué. — Atrophie considérable de l'hémisphère droit; par M. Paul Le GENDRE, interne des hôpitaux.

Victoire B... est entrée au mois de décembre dernier à la Pitié, dans le service de M. LEGRAND DU SAULLE, pour des accidents épileptiformes. C'est une petite fille de 10 ans, née à l'âge de deux ans, après avoir présenté des symptômes méningiques (fièvre, convulsions), a été frappée d'hémiplégie gauche.

Elle n'a commencé à marcher qu'entre quatre et cinq ans, d'une manière très imparfaite, en traînant la jambe gauche. Elle n'a jamais parlé, bien qu'elle ne soit pas sourde; car elle tourne la tête au moindre bruit qu'on fait derrière elle. Elle pousse seulement de petits cris inarticulés quand on lui présente des aliments. Elle est gloutonne, gâteuse, toujours en mouvement sur la chaise où elle passe la plus grande partie du jour. Elle est aussi très agitée pendant son sommeil. En fait de manifestations épileptiques, on ne lui a vu depuis son entrée que des vertiges ou des attaques de petit mal. Elle succombe à une broncho-pneumonie.

AUTOPSIE. — A l'exception de plusieurs noyaux de broncho-pneumonie et d'une congestion pulmonaire généralisée, on ne trouve rien de remarquable dans les viscères. L'encéphale présente par contre un certain intérêt. L'asymétrie de la boîte crânienne est très évidente : la moitié droite du frontal et le pariétal droit forment un plan tout à fait saillant. Les os du crâne sont d'une extrême dureté, et leurs sutures ossifiées à peu près complètement. Le trou occipital était certainement moins large dans sa moitié droite, et l'asymétrie de la portion bulbo-protubérantielle de l'axe cérébro-spinal n'était pas contestable.

Pourtant on est surtout frappé de l'asymétrie du cerveau. Les vaisseaux méningés sont gorgés de sang et renferment nombreux caillots; en plusieurs points de la convexité du cerveau, les méninges présentent des îlots irréguliers d'écoulement et de consistance scléreuse.

L'hémisphère droit est tellement atrophié qu'il paraît presque appendu à l'hémisphère gauche, celui-ci ayant à peu près les dimensions habituelles chez un enfant de cet âge. Le lobe frontal droit est surtout ratatiné; vers la partie postérieure de l'hémisphère, l'arachnoïde, recouvrant une masse gélatiniforme et tremblotante, forme une sorte de kyste kystique. D'ailleurs, il existe un œdème sous-arach-

noidien très marqué en tous les points de la surface. Les ventricules ne contiennent pas une quantité anormale de sérosité. Le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe réunis pèsent 620 grammes. L'hémisphère gauche 310 grammes ; l'hémisphère droit, 180 grammes.

RÉFLEXIONS. — Il est intéressant de noter, sans essayer d'en tirer aucune conclusion contre la loi de localisation de la faculté du langage, que cette atrophie si marquée porte à peu près exclusivement sur l'hémisphère droit — alors que la petite malade n'avait jamais pu parler — n'était pas sourde et ne présentait à l'œil nu aucune lésion de la circonvolution de Broca.

26. Lymphadénome du testicule. — Castration. — Examen histologique ; par M. E. DOYEN, interne des hôpitaux.

Le nommé H.... Armand, 50 ans, tailleur d'habits, entre le 5 janvier 1882 à l'hôpital Tenon, dans un service de médecine. Il se plaint d'avoir les jambes enflées et de souffrir de douleurs abdominales. Cet homme est porteur, à droite, d'une volumineuse tumeur du testicule. Le début remonte à trois ans. A cette époque, il était frotteur de parquets. Sa profession pénible le fatiguait beaucoup. Il n'est pas d'une forte constitution et n'a pas été accepté pour le service militaire. Il n'a souvenir d'aucun traumatisme du testicule malade. Les phénomènes douloureux se sont montrés de bonne heure et n'ont fait que s'aggraver.

Depuis 7 à 8 mois, le malade se cachectise. Il a des maux de reins, de la lassitude au moindre travail. Le soir, la nuit, des élancements profonds, s'irradiant du testicule droit vers la cuisse et les jambes le privent de sommeil. La tumeur a beaucoup augmenté dans les derniers mois. Depuis son entrée à l'hôpital, l'état général du malade s'est amélioré. Il n'a rien au cœur. L'œdème des jambes est disparu. Vers le milieu de mars, il passe en chirurgie, dans le service du D^r Lucas-Championnière, remplacé par le D^r Schwartz. La tumeur est piriforme, à grosse extrémité inférieure du volume du poing, et d'une dureté remarquable. La surface est unie et ne présente pas de points ramollis. Un léger épanchement dans la séreuse forme un kyste fluctuant à la partie postéro-supérieure. Le canal déférent est sain dans le cordon et se perd sur la masse morbide. Le cordon est légèrement augmenté de volume ; il a sa consistance normale. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. La peau est du reste très mobile sur la

meur. Le malade se plaint actuellement le jour du volume de son testicule qui l'empêche de marcher, la nuit, des douleurs atroces qui le privent de repos. Ces élancements partent de la tumeur pour s'irradier le long de la fosse iliaque vers les lombes, où existe un point douloureux apophysaire, et, en bas, vers la cuisse, le long du cordon génito-crural. Le palper abdominal et le toucher rectal font reconnaître une chaîne de ganglions iliaques et lombaires engorgés. La consistance ligneuse de la tumeur, sa régularité, la mobilité de la peau, la généralisation rapide aux ganglions abdominaux, la gravité de l'état général faisaient incliner M. le D^r Schwartz pour le diagnostic de lymphadénome, si l'autre testicule n'était absolument sain.

Ce fait, joint à l'intensité des phénomènes douloureux, nous ont réservé l'hypothèse d'un cancer encéphaloïde. La laparotomie est pratiquée vers la fin de mars, sur la demande du malade. Le cordon est lié en masse avec un gros fil de catgut.

La pièce anatomique nous présente une hydrocèle enkystée de la partie supérieure de la vaginale, contenant environ cinquante grammes de sérosité d'un jaune brunâtre. La tumeur est d'une grande dureté. Le canal déférent est disséqué dans l'épaisseur de son enveloppe fibreuse, formée par l'adhérence des deux feuillets séreux. L'épididyme est mis à découvert. Il est sain, étalé sur le bord postéro-supérieur de la masse testiculaire. La tunique albuginée, d'une épaisseur de douze à quinze dixièmes de millimètres, le sépare du tissu morbide.

Sur une coupe verticale antéro-postérieure, la tumeur se montre formée d'une vingtaine de lobes correspondant aux lobes d'un testicule sain, cloisonnés par une charpente fibreuse assez déliée et divisée en lobules d'un volume variable. Le corps d'Highmore est absolument envahi par le néoplasme. Toute cette masse offre une coloration rosée, une consistance charnue. Le raclage donne peu de suc. Quelques-uns des lobules présentent de petits foyers hémorragiques. D'autres, un piqueté blanchâtre correspondant à de petits points ramollis.

La coupe du cordon nous montre des vaisseaux béants à parois blanchâtres et résistantes, au nombre de 8 à 10, qui paraissent être des lymphatiques altérés.

L'examen histologique des produits du raclage nous montre des cellules ovalaires à corps homogène, avec un ou deux noyaux petits et vivement colorés par le carmin. Les coupes de l'épididyme et de la partie adjacente de la

tumeur nous montrent une augmentation du tissu conjonctif de l'épididyme, parsemé d'espace lymphatiques dilatés. Quelques tubes sont partiellement oblitérés par les végétations de leur tunique interne. Une artériole d'un certain calibre s'y montre atteinte d'endarterite végétante. La surface séreuse est revêtue d'un épithélium cubique irrégulier. La tunique albuginée, épaissie, formée de fibres conjonctives fasciculées, présente de nombreuses fentes lymphatiques revêtues de leur endothélium.

La portion adjacente de la tumeur ne présente plus trace de la structure normale de la glande. Elle est constituée par un fin réticulum enserrant dans chaque maille une des cellules que nous a montrées l'examen du suc obtenu par le raclage. Les trabécules de ce tissu réticulé engainent les artérioles d'un certain calibre. Ça et là, de fines cloisons de tissu conjonctif présentent des capillaires remplis de globules rouges, ou bien le vestige d'un tube séminifère caractérisé par un espace vide circulaire limité par une collerette de grosses cellules analogues de l'épithélium cubique normal du testicule. Aucune trace des parois du canalicule spermatique. Quelques travées interlobaires, d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres, sont constituées par un tissu réticulé à larges mailles, où l'on observe de grosses cellules lymphatiques, chargées de gouttelettes graisseuses, de nombreux capillaires sanguins, et des foyers hémorrhagiques diffus. Les artérioles présentent d'ordinaire un certain degré de bourgeonnement de la couche conjonctive sous-endothéliale. Le piqueté blanchâtre de certains lobules correspond, sur les coupes, soit à la lumière des tubes séminifères dégénérés, soit à de petits infarctus miliaires subissant une fonte granuleuse.

Le cordon, sur les coupes, présente des altérations des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le tissu conjonctif en est plus dense, plus serré qu'à l'état normal et se confond avec la tunique externe des artères et des veines. Leur tunique moyenne est infiltrée de cellules jeunes. La tunique interne est bourgeonnante, et l'endothélium, là où il existe, a pris une forme globuleuse. Les lymphatiques sont énormément augmentés de volume. Leur tunique musculieuse est dissociée par le tissu conjonctif ambiant. La tunique interne, qui a proliféré, s'est plissée dans l'intérieur du vaisseau dont elle oblitère en partie le calibre en formant des végétations irrégulières. Nulle part on ne trouve de tissu reproduisant les dispositions du néoplasme du testicule. Les espaces conjonctifs présentent de nombreuses fentes lymphatiques. Les quelques filets nerveux que l'on

rencontrer sont étouffés par une sclérose annulaire et tubulaire.

Après l'envahissement des ganglions profonds, l'opération a diminué beaucoup les douleurs nocturnes.

Le 6 avril, le malade n'éprouve plus, le soir, qu'une las-

situde pénible. Il n'a plus d'élancements dans les lombes, ni dans la cuisse droite. Le 8 avril, il nous fait remarquer une pla-

que d'anesthésie cutanée à la cuisse, dans la zone de distribution du nerf fémoro-cutané croissant depuis 4 à 5

centimètres. En ce point existaient des élancements spontanés, avant la castration.

Le malade général s'est amélioré notablement. Les douleurs nocturnes diminuent peu à peu. Leur persistance tient évi-

demment à l'envahissement des ganglions abdominaux. La plaie se cicatrise bien, malgré un peu de gangrène des lèvres de l'incision, causée par l'acide phénique. Les panse-

ments suivants sont faits avec l'acide borique.

Le 15 mai, après avoir pris quelques bains, le malade est dans un état d'amélioration bien sensible et peut faire valablement dans les environs de Paris.

Le secrétaire,

Ch. TALAMON.

JUIN

Séance du 2 juin 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

1. Présentation de pièces anatomiques: par M. le
D^r BEAUMANOIR (de Brest).

A. *Deux thymus.* — Ces deux thymus ont été pris sur des adultes. Le premier, long de 12 centimètres et pesant 15 grammes, appartenait à un sujet de 22 ans, mort de fièvre typhoïde. Il a été trouvé le 10 mars 1881.

Le second, plus volumineux encore que le premier, est long de 14 centimètres et pèse 19 grammes. Il s'étendait du troisième espace intercostal jusqu'au corps thyroïde. Il a été trouvé le 22 février 1882 sur un sujet mort de fièvre typhoïde.

D'après les renseignements que j'ai pu me procurer, rien, durant la vie, ne pouvait faire soupçonner l'existence de thymus si volumineux.

B. *Artère thyroïdienne de Neubauer.* — Sur la pièce présentée, on voit entre autres choses, le larynx et la trachée, les quatre artères thyroïdiennes normales, et de plus une artère thyroïdienne de Neubauer qui mérite quelques mots de description. Elle naît de la partie antéro-interne du tronc brachio-céphalique, un centimètre au-dessous de la bifurcation de ce dernier. Cette thyroïdienne surnuméraire, d'un calibre plus considérable que celui des thyroïdiennes normales, se divise, aussitôt après sa naissance, en trois branches principales; les deux premières directement ascendantes, la troisième d'abord descendante. Des deux ascendantes, l'une est couchée sur la partie antéro-latérale droite de la trachée, l'autre est juste sur la ligne médiane. Chacune d'elles, après un trajet de 15 millimètres environ, se subdivise en deux branches secondaires qui vont se jeter dans le corps thyroïde. La branche descendante, après un

trajet de 6 à 7 mm., se subdivise en 2 branches secondaires, l'une continue à descendre parallèlement au tronc brachio-céphalique, jusqu'au niveau de la crosse aortique, où elle se perd dans le tissu conjonctif; l'autre remonte sur la partie antérieure et latérale gauche de la trachée. Après un parcours de 25 à 30 mm., elle fournit deux rameaux assez gros qui vont se perdre dans le corps thyroïde.

D'après ce que je viens de dire, et comme on le voit sur la pièce au premier coup d'œil, il y a, au-devant de la trachée dans sa partie supérieure, sur une longueur de 4 centimètres, en allant de bas en haut, d'abord trois puis cinq branches artérielles, relativement volumineuses, qui auraient été des plus gênantes dans l'opération de la trachéotomie.

C. Anomalies des artères de la base de l'encéphale. —

1° Le tronc basilaire fournit bien la cérébrale postérieure droite, mais ne fournit pas la cérébrale postérieure gauche, qui vient de la carotide interne gauche. Toutefois, le tronc basilaire donne un ramuscule qui, né au lieu ordinaire de l'origine de la cérébrale postérieure gauche, l'unit à cette dernière par voie anastomotique.

2° La carotide interne gauche fournit la cérébrale postérieure, anastomosée, comme je viens de le dire, avec le tronc basilaire. Elle donne, comme de coutume, la cérébrale moyenne, mais pas la cérébrale antérieure gauche, qui vient de la carotide interne droite. Dans le cas présent, il existe un petit rameau anastomotique qui unit la sylvienne gauche à la cérébrale antérieure gauche.

3° La carotide interne droite donne la sylvienne de ce côté, et une grosse branche qui, après un trajet de 18 mm. environ, se divise en deux branches secondaires qui sont les cérébrales antérieures droite et gauche. La communicante postérieure est représentée par un ramuscule droit extrêmement grêle.

Malgré les anomalies précitées, l'heptagone artériel de la base de l'encéphale n'en est pas moins constitué.

2. Anomalies artérielles trouvées à l'autopsie d'un sujet (mort en décembre 1881, à l'hôpital maritime de Brest); par M. le D^r BEAUMANOIR (de Brest).

Artères ophtalmiques. Ni l'une ni l'autre des artères ophtalmiques ne donne de branche sus-orbitaire. La frontale, très volumineuse de chaque côté, donne un rameau qui supplée la sus-orbitaire dans sa distribution.

Tronc brachio-céphalique. Il fournit une branche d'un calibre de près de 2 millimètres de diamètre qui se jette dans les insertions inférieures des sterno-hyoidiens et thyroïdiens et dans le tissu conjonctif sous-jacent. Cette petite artère ne donne aucun rameau au corps thyroïde.

Sous-clavière droite. 1° Absence complète de thyroïdienne inférieure. La thyroïdienne supérieure droite, les thyroïdiennes inférieure et supérieure gauches sont à peine aussi volumineuses qu'à l'ordinaire. Il n'y a point de thyroïdienne de Neubauer pour suppléer la thyroïdienne qui manque. Il est vrai de dire que le corps thyroïde est réduit à la moitié de son volume habituel.

2° Il y a deux artères scapulaires supérieures : a) L'une entièrement grêle à l'origine et les rapports de la scapulaire supérieure classique, mais elle se termine au niveau du bord antérieur du trapèze. b) L'autre, volumineuse comme une radiale, naît au niveau du bord antérieur de la clavicule; sur la limite de la sous-clavière et de l'axillaire, pour ne pas dire de cette dernière, ce qui cependant serait plus exact. Elle gagne la fosse sus-épineuse, en passant sous le ligament coracoïdien (anomalie signalée par M. Marcellin Duval).

3° La scapulaire postérieure, volumineuse comme une cubitale, naît au ras du bord externe du scalène antérieur. Après avoir fourni la branche trapézienne et les autres branches musculaires de la région cervicale postérieure, elle a sa distribution terminale ordinaire.

Axillaire droite. L'axillaire fournit d'abord l'acromio-thoracique qui naît au-dessous de la scapulaire supérieure anormale, puis elle se divise en deux branches à peu près d'égal volume; l'une continue l'axillaire et donne la circonflexe antérieure très grêle; de l'autre viennent la mammaire externe, la scapulaire inférieure et la circonflexe postérieure.

Humérale droite. Cette artère se bifurque prématurément, en radiale et cubitale, au niveau des insertions humérales du coraco-brachial. La radiale, née de la partie postéro-interne du tronc commun, se porte au bas et en dehors, en croisant la face antérieure de la cubitale, pour venir à l'avant-bras prendre ses rapports normaux. La cubitale continue le tronc huméral. Le nerf médian se trouve d'abord entre les deux vaisseaux, pincé entre eux, pour ainsi dire immédiatement au-dessous de la bifurcation. De plus, il y a ici un fait à relever : c'est que le biceps a trois chefs, les deux chefs classiques, et un troisième, sur-numéraire, qui s'insère à la partie moyenne du bord anté-

de l'os et à des cloisons fibreuses qui le séparent des
les coraco-brachial, brachial antérieur et vaste externe.
et supplémentaire, très volumineux, recouvre le bra-
antérieur et vient rejoindre le biceps proprement dit
centimètres au-dessus de l'articulation du coude. Le
le ainsi constitué envoie par son tendon deux expan-
aponévrotiques, très distinctes, l'une supérieure,
e inférieure à l'aponévrose antibrachiale.

rtère cubitale passe sous ces deux expansions, la
le passe au-dessous de la supérieure, au-dessus de
rieure qu'elle sépare ainsi l'une de l'autre. La radiale,
avoir croisé en avant ce que j'appelle la cubitale, che-
de haut en bas, à 25 millimètres en dehors d'elle,
ant le bord interne du biceps classique, c'est-à-dire
ant avec ce muscle le rapport normal de l'humérale.
bitale côtoyée en avant et en dessous par le médian,
e bord interne de la portion du chef surnuméraire du
le, couchée dans la gouttière que forme ce chef avec
achial antérieur. Sous les expansions tendineuses du
s, le médian placé en dedans de l'artère la touche im-
atement, au lieu d'en être distant, comme c'est la règle,
à 15 millimètres.

pli du coude, il y a entre la radiale et la cubitale une
omose en arcade à convexité inférieure des plus
rquables. Cette anastomose a un diamètre de près de
millimètres. A l'avant-bras, la cubitale a ses rapports
aux.

radiale droite. Huit centimètres au-dessus de l'apo-
styloïde du radius, bifurcation de la radiale en
anches d'égal volume : radio-palmaire et radiale pro-
ent dite, qui restent parallèles et contiguës jusqu'au
us de l'apophyse styloïde. A partir de là, chacun des
eux suit son trajet habituel. Mais naturellement, en
de son volume exagéré, la radio-palmaire prend une
répondérante dans la formation de l'arcade palmaire
ficielle.

radio-clavière gauche. Outre ses branches classiques, elle
it une branche d'un diamètre de 3 mm. qui, née au
u de la thyroïdienne inférieure, passe en arrière de la
ide primitive, transversalement, et va se perdre dans
phage.

scapulaire supérieure, qui a son origine et ses rap-
normaux, est très grêle et ne s'engage point dans la
sus-épineuse. Elle s'arrête au-dessus de l'échancrure
oïdienne après avoir donné un petit rameau au tra-
Nous verrons, tout à l'heure, par quoi elle est suppléée

dans la fosse sus-épineuse. La scapulaire postérieure se comporte exactement comme celle du côté opposé.

Axillaire gauche. Bifurcation en deux gros vaisseaux, comme du côté droit. La circonflexe de Meckel (branche de la scapulaire inférieure), très volumineuse, après avoir contourné le bord axillaire de l'omoplate et fourni au muscle sous-épineux, s'engage dans l'échancrure que présente l'épine de l'omoplate et vient remplacer la scapulaire supérieure dans la fosse sus-épineuse. Elle rejoint la scapulaire supérieure au niveau de l'échancrure coracoïdienne.

Aorte abdominale. Il y a trois diaphragmatiques inférieures au lieu de deux. Deux viennent de l'aorte, du point habituel de leur origine. Elles se comportent comme à l'état normal, sauf que la gauche est bien moins volumineuse qu'à l'ordinaire.

La troisième diaphragmatique, plus volumineuse que la précédente, vient d'un tronc qui lui est commun avec la coronaire stomacique et avec une artère hépatique qui se rend au petit lobe du foie. (Le foie reçoit du tronc cœliaque une autre artère qui va à son grand lobe.)

Cette troisième diaphragmatique fournit surtout à la partie antérieure et gauche du diaphragme.

Artères et veines rénales. La veine rénale droite est postérieure à l'artère au lieu de lui être antérieure. La veine gauche, d'abord antérieure à l'artère, lui devient inférieure, puis postérieure, puis supérieure. Il y a donc enroulement spiroïde de la veine autour de l'artère.

Artère hypogastrique. La honteuse interne gauche ne fournit point de dorsale de la verge. Elle se termine par sa branche caverneuse.

La honteuse interne droite, après avoir fourni une périméale superficielle deux fois environ plus volumineuse que de coutume, se trouve très réduite de volume mais garde son trajet normal jusqu'au niveau du bulbe, où elle se jette dans une arcade artérielle formée comme je vais le dire. A l'intérieur du bassin, de l'hypogastrique droite se détache un tronc qui se divise bientôt en 3 vaisseaux : 1° l'ischiatique; 2° la honteuse interne; 3° une artère anormale (de 3 mm. de diamètre) qui, après avoir longé la paroi latéro-inférieure de la vessie au bas-fond de laquelle elle fournit un rameau, traverse le pilier antérieur droit du réservoir urinaire, contourne la branche descendante du pubis, pénètre dans le triangle ischio-bulbaire, et, arrivée sur les côtés du bulbe, décrit une courbe à convexité postérieure pour aller se terminer dans cet organe. Par sa convexité, cette crosse artérielle reçoit la terminaison de la honteuse in-

erne, de sa concavité partent deux artères, celle du corps s'avertueux droit, et la dorsale, de la verge (côté droit). Il n'y a point de dorsale de la verge pour le côté gauche.

Artère poplitée droite. — À deux centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, de la poplitée se détache une grosse artère qui fournit les artéculaires inférieures externe et interne, puis passe au-dessous, sous la face profonde du muscle poplité pour aller traverser le ligament interosseux à sa partie supérieure et forme la tibiale antérieure. (Fait déjà observé par M. Marcelin Duval.)

Au niveau de l'arcade du soléaire, la poplitée se divise en 2 branches, tibiale postérieure et péronière, cette dernière plus volumineuse que la première.

Artères de la jambe et du pied droits. — La tibiale antérieure, plus petite que de coutume, presque épuisée au quart inférieur de la jambe, vient au-dessus du ligament articulaire antérieur du tarse s'anastomoser, une première fois, avec la péronière antérieure qui est très volumineuse. Ainsi renforcée, la tibiale antérieure continue son trajet et s'anastomose une seconde fois sur le tarse avec la même péronière antérieure qui prend définitivement la place de la pédieuse. Très volumineuse, la pédieuse ou même la péronière interne qui la remplace donne de magnifiques sous-tarsiennes interne et externe, et la dorsale du métatarse de laquelle naissent les interosseuses qui fournissent des collatérales dorsales aux orteils.

La tibiale postérieure fournit, comme à l'ordinaire, ses branches plantaires interne et externe; cette dernière, ses interosseuses avec les collatérales plantaires dont le volume n'est en rien diminué, de sorte qu'il y a un vrai luxe circulatoire pour tout l'avant-pied.

RÉFLEXIONS. — Dédutions opératoires à tirer de : 1° La naissance de la scapulaire supérieure droite; 2° La bifurcation prématurée de l'humérale droite, coïncidant avec un biceps à trois chefs; 3° Le volume et l'origine fréquente de la scapulaire postérieure immédiatement en dehors du scalène antérieur; 4° La bifurcation de la radiale au tiers inférieur de l'avant-bras.

1. Absès sous-pectoral ouvert directement dans le poumon ;
par M. RENAUT, interne provisoire.

La nommée Maria Genty, 38 ans, ménagère, entre le 11 mai 1882, à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. LACOMBE, salle Sainte-Martine, n° 31.

Pas de maladie antérieure; jamais d'affection thoracique. Pas de syphilis. Toujours bien réglée, a eu, il y a 9 ans, un enfant actuellement bien portant. Malade depuis le 26 mars 1882. A la suite d'un refroidissement prolongé fut prise de douleur dans tout le membre supérieur droit. En même temps, frissons, fièvre, anorexie, etc. Cet état fébrile aboutit à la formation de plusieurs abcès, d'abord au coude, puis dans l'aisselle et à la paroi thoracique antérieure. Le coude se tuméfia, et à la partie interne se fit une collection purulente, qui, au bout de trois semaines, survint spontanément.

Cette inflammation amena un œdème considérable de tout le membre, qui persista jusqu'à la mort. A la suite de l'ouverture de l'abcès, la fièvre diminua, l'appétit revint. Mais bientôt apparurent d'autres abcès; l'un à la partie interne et antérieure de l'aisselle se montra à la fin d'avril; un autre apparut une huitaine de jours après au-devant de la partie moyenne du sternum. Pendant tout ce temps, la malade, qui s'était alitée dès le début de la maladie, ne toussait pas. Quelques jours après l'apparition de l'abcès axillaire qui, à ce moment, avait le volume d'un gros œuf de poule, elle fut prise d'une toux fréquente, se répétant jour et nuit. En même temps, elle eut une expectoration abondante, d'abord glaireuse, mais qui, au bout d'un jour, prit un aspect franchement purulent.

Au moment où s'établit la toux, les deux abcès de la paroi diminuèrent au point de ne faire presque plus saillie. Depuis ce temps, elle a continué à tousser et à cracher; le matin, l'expectoration est plus abondante et quelquefois atteint un demi-verre. Les douleurs qui, au début, étaient très vives, diminuèrent.

La malade entre à l'hôpital le 21 mai. Femme très affaiblie, un peu amaigrie, pâle. Le membre supérieur droit est le siège d'un œdème considérable, non douloureux; à la partie interne du coude, se voit la cicatrice du premier abcès. On trouve les deux autres foyers que nous avons signalés: l'externe est légèrement saillant; sa base, indurée, se prolonge en haut et en dedans; l'interne, au-devant du sternum, est affaissé; en déprimant la peau, amincie à ce niveau, on sent une poche anfractueuse. Cette pression détermine du gargouillement, un bruit hydro-aérique. En remontant vers la clavicule, on voit que la région est le siège d'un emphysème sous-cutané peu étendu. En faisant tousser la malade, les poches se gonflent et l'oreille y perçoit un gargouillement manifeste. Enfin, il y a un peu de douleur suivant une ligne qui réunirait les deux abcès. Le

sur, les poumons sont sains. Pas de fièvre, pas de diarrhée.

Diagnostic : phlegmon sous-pectoral ouvert dans le poumon. L'idée d'une caverne pulmonaire ouverte au dehors est éliminée, la malade ne présentant pas de signes de tuberculose ; les seuls signes stéthoscopiques fournis par le poumon sont quelques râles sous-crépitaux à la base droite. La malade tousse beaucoup, son crachoir est rempli de pus.

Le lendemain, 22, l'abcès axillaire s'ouvrit seul, et les crachats diminuèrent considérablement ; deux jours après, la malade ne rendit plus qu'un ou deux crachats, au lieu de beaucoup. L'abcès coule assez abondamment. Cataplasmes.

27 mai. L'ouverture spontanée étant insuffisante,

Lacombe prie M. Peyrot d'opérer la malade. Les deux téguments sont incisés largement et profondément ; le doigt, introduit dans l'incision, arrive sur les côtes ; troisième espace intercostal au-dessous de la clavicule. Avec une forte sonde cannelée, on passe deux drains entre les abcès et l'incision inférieure. Lavages phéniqués. Pansement à la tarlatane phéniquée. Soir : pas de fièvre, pas de toux. La malade dort presque toute la journée.

28 mai. L'état local est satisfaisant, mais la malade est encore faible. Le pansement est fait matin et soir.

29 mai. La malade s'affaiblit de plus en plus : le bras gauche s'œdématise. Le soir, la malade répond à peine ; elle ne semble pas souffrir. Elle meurt le 31 mai, à 9 h. 1/2 matin.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Au-dessous du sternum droit, foyer considérable, triangulaire, tendant du sternum à l'aisselle, du sein à la clavicule, ayant détruit une grande partie des muscles pectoraux et desaponévroses de la région. Les côtes sont à nu mais ne semblent pas altérées, le périoste est sain. Les muscles intercostaux sont dénudés et baignent dans le pus. Du côté de la clavicule, le foyer remonte jusque vers les vaisseaux sous-claviers. Derrière ce qui reste du petit pectoral, dans le troisième espace intercostal, existe une perforation irrégulière, d'un diamètre un peu inférieur à celui d'une pièce de 50 centimes et conduisant sur le poumon. Si on examine la pièce par sa face interne, on voit que le poumon, absolument sain, sans tubercules, est maintenu au niveau de la communication par des adhérences pleurales, d'abord peu résistantes, mais très tenaces au pourtour de la perforation.

Le poumon, incisé perpendiculairement à ce niveau, ne présente pas de caverne préexistante. Nous n'avons pu trouver de bronche ulcérée; le pus était probablement absorbé comme par une éponge. L'autre poumon est sain. Le cœur, les reins, le tube intestinal, ne présentaient pas de lésions. Le cerveau n'a pas été examiné.

REFLEXIONS. — En résumé, un phlegmon profond, non traité, s'ouvre directement dans le poumon, sans lésion pleurale, d'où expectoration purulente; plus tard, il s'ouvre au dehors, et alors, cessation de l'expectoration. Nul doute qu'une intervention prompte eût empêché cette grave complication; mais l'opération, faite tardivement, n'a pu sauver la malade, affaiblie par une suppuration prolongée.

4. M. MARIE présente un cas de *myxomes généralisés*.

M. CORNIL fait remarquer que ces myxomes paraissent siéger le long des nerfs périphériques et rentrer ainsi dans la classe des névromes généralisés.

5. Note sur un cas de cécité et surdité verbales; par M. E.-d'HEILLY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et M. A. CHANTE-MESSE, interne des hôpitaux.

Des travaux récents entrepris en Allemagne (1), en Angleterre (2), en France (3) ont cherché à établir que le syndrome décrit sous le nom d'aphasie était susceptible d'offrir des phénomènes objectifs bien différents suivant les cas donnés; qu'à chacune des formes déterminées par l'analyse clinique correspondait un substratum anatomique nettement localisé; et qu'il y avait lieu désormais de désigner par un nom spécial les variétés de l'aphasie distinctes de leurs voisines par leur symptôme et leur anatomie pathologique.

Ces tendances de classification s'appuyaient sur les résultats des nécropsies de certains aphasiques dont la circon-

(1) Wernicke. *Der aphasische symptom-complex*. Breslau, 1874. — Küssmaul. *Die storungen der sprache*, in *Ziemssen's Handbuch*, 1877. — Pick et Kahler. Cités par Mathieu in *Arch. génér. de méd.*, 1881.

(2) Broadbent. *Medic. chirurg. transactions*, vol. LX, 1872.

(3) Magnan. *Soc. de Biologie*, 1879 et 1880. — Déjerine. *Soc. de Biologie*, juin 1880. — N. Skwartzoff. Thèse, 1881.

lution de Broca était indemne ou à peu près. Avec une conservation de l'intelligence de la vue et de l'ouïe, ces malades ne comprenaient ni les mots écrits, ni les paroles qu'on prononçait devant eux; la sensibilité générale étant ailleurs normale, il semblait qu'il y eût chez eux destruction d'un point de l'écorce cérébrale destiné à la compréhension des mots parlés et écrits, c'est-à-dire destruction des centres sensoriels.

Que certains aphasiques aient gardé la faculté de comprendre les paroles qu'on leur adresse ou les phrases écrites qu'on met sous leurs yeux, que d'autres au contraire ont perdu cette faculté, la chose n'est douteuse pour personne; le point en litige est le suivant: la perte de la compréhension du langage chez les malades dont la circonvolution de Broca est intacte n'est-elle que l'épiphénomène brillant, mais accessoire après tout, d'un affaiblissement général de l'intelligence produit par de vastes lésions corticales, ou bien est-elle sous la dépendance immédiate d'une destruction localisée du manteau? De la solution du problème, dépend l'existence de centres sensoriels.

Les auteurs qui ont pris parti pour l'affirmative dans le débat reconnaissent à côté de l'aphasie ataxique produite par une altération de la troisième circonvolution frontale gauche, d'autres variétés, la cécité verbale et la surdité verbale qui seraient précisément l'indice et le mode de retentissement d'une lésion de ces centres.

Les observations qui ont été fournies en preuve de cette nouvelle théorie sont nombreuses, sinon toutes convaincantes.

Nous ne pouvons songer, dans ce travail qui n'a pour objet que de relater un seul fait, à reprendre la critique complète de tous les cas publiés; d'autant mieux que ce sujet a été fort bien traité par M. Mathieu (1). La plupart des observations que l'on trouvera longuement exposées dans la thèse de Mlle Skwortzoff (2) prêtent le flanc à des objections soit cliniques, soit anatomo-pathologiques. Dans un premier ordre des faits mentionnés, l'intelligence des malades

(1) Mathieu. *Arch. génér. de méd.*, 1881 et 1882. — Dreyfus-Brisac. *Revue hebdomadaire*, juillet, 1881.

(2) *De la surdité et de la cécité des mots*. Paris, 1881.

est assez fortement atteinte; l'exploration de chaque sens et de la sensibilité générale n'a pas été complète toujours, chose capitale cependant pour la détermination d'un centre sensoriel indépendant de la zone qui régit la sensibilité générale; dans un second groupe, les lésions anatomiques sont très étendues, la circonvolution de Broca est plus ou moins intéressée ou bien on trouve à l'autopsie une tumeur c'est-à-dire un des éléments sur lesquels on peut le moins se fonder pour étudier les localisations cérébrales.

L'année dernière, M. Chaffard (1) a publié une très intéressante observation; il s'agissait d'un foyer de ramollissement rouge siégeant en plein lobule pariétal inférieur, occupant le lobule du pli courbe et le pli courbe; le malade entendait et voyait sans comprendre; il semblait « séquestré du monde extérieur. »

L'intelligence paraissant bouchée dans tous ses modes et la sensibilité générale notablement altérée, l'auteur a prononcé le nom de cécité et surdité cérébrales, n'engageant pas ainsi le fond de la doctrine et évitant de conclure en faveur d'une localisation sensorielle.

La malade observée par M. Déjerine (2) offrait un exemple plus démonstratif; mais là encore il existait une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant dans le lobule pariétal inférieur gauche et ayant entraîné plusieurs fois pendant que le sujet était tenu en observation l'apparition de phénomènes comateux d'assez longue durée.

Récemment M. Giraudeau a publié (3) un cas intéressant par l'étude clinique faite en dehors de tout état comateux, récent ou éloigné et par la constatation d'une lésion anatomique nettement circonscrite; la malade était atteinte de surdité verbale; incapable de comprendre le sens des paroles, elle avait conservé la faculté de lire et de répondre aux questions qu'on lui adressait par écrit. La motilité, la sensibilité tactile étaient conservées; il en était de même du goût et de l'odorat. A l'autopsie, la seule lésion cérébrale était un sarcome occupant la partie postérieure des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales gauches.

Dans tous les travaux que nous venons de citer, il est

(1) *Revue mensuelle de médecine*, 1881.

(2) Cité in thèse de N. Skwartzoff.

(3) *Revue mensuelle*, mai, 1882.

rié de troubles du langage n'ayant point d'autre cause que l'altération d'une région de l'écorce cérébrale assez en limitée, située en arrière des centres moteurs, siégeant à côté gauche, au niveau des première et deuxième circonvolutions temporo-sphénoïdales, du lobule pariétal inférieur, du lobule du pli courbe et du pli courbe. Ce territoire, qui est tout entier sous la dépendance d'une seule branche de la sylvienne gauche, comme la circonvolution de Broca et sous la dépendance d'un autre rameau, l'artère de l'aphasie, se subdiviserait en deux parties : aux lésions des circonvolutions temporo-sphénoïdales correspondraient les symptômes décrits sous le nom de surdité verbale, à celles du lobule pariétal inférieur, du lobule du pli courbe et du pli courbe appartiendrait la cécité des mots.

L'édification de la théorie de l'*aphasie sensorielle* comme elle l'appelle Wernicke semble, pour quelques-uns, trouver son appui et presque une démonstration, dans les expériences physiologiques de Ferrier (1) et de Munk (2) ; mais déduire de signes observés chez les animaux, après une lésion cérébrale, une application directe au cerveau de l'homme est une tâche ardue, surtout quand le problème contient dans ses termes l'appréciation d'un ou de plusieurs phénomènes du langage artificiel.

M. Ballet (3) n'admet pas dans sa thèse qu'aucun fait pathologique ait jusqu'ici péremptoirement démontré dans la zone sensitive étendue à toute la moitié postérieure du cerveau l'existence de centres sensitifs distincts.

En fait, la démonstration, pour être indiscutable, exige la constatation de cas nombreux qui réuniraient cette double réalité ; observation clinique bien complète, indiquant l'état de l'intelligence et de la sensibilité générale et spéciale ; observation anatomique montrant une lésion bien circonscrite, limitée à la substance grise du territoire qu'on veut attribuer de centres sensoriels.

Pour rares qu'ils soient, des faits analogues doivent cependant se montrer quelquefois ; nous avons insisté sur la distribution de la quatrième branche de l'artère sylvienne

(1) *Les fonctions du cerveau*, trad. franç., 1880.

(2) Grasset. *Des localisations cérébrales*, 1880.

(3) Thèse de Paris, 1881.

gauche; que ce rameau vienne à s'oblitérer, et il en résultera une nécrobiose de la zone corticale qui est presque entièrement le siège supposé des images commémoratives des mots parlés et écrits. Le sujet sera atteint de cécité et surdité verbales. Dans sa seconde observation, Wernicke rapporte un fait anatomique semblable.

Nous en avons observé un autre exemple.

La nommée Cl..., âgée de 24 ans, entre le 12 octobre 1881, salle Rostan, n° 23, dans le service de M. d'HEILLY, à l'hôpital Saint-Antoine.

A la visite du matin, nous trouvons la malade couchée sur le côté gauche; elle est pâle, très amaigrie, elle tousse beaucoup, le pouls est petit et fréquent, la température marque 38°,5. A toutes les questions qu'on lui pose, elle lève la tête, regarde attentivement son interlocuteur et répète 5 ou 6 fois de suite avec des intonations différentes: parce que, parce que, parce que. Ce sont les seules paroles qu'on ait pu obtenir d'elle depuis hier soir. L'examen plus complet nous donne les renseignements suivants: signes de tuberculose au deuxième degré, dans les deux sommets des poumons; les battements du cœur sont normaux, on ne découvre ni bruit de souffle, ni déviation de la pointe qui bat dans le quatrième espace intercostal, un peu en dedans du mamelon. Le ventre est souple, pas de changement de volume appréciable à la palpation et à la percussion des principaux viscères.

Les ganglions de l'aîne sont hypertrophiés de chaque côté; il s'écoule du vagin une assez grande quantité de liquide séro-purulent d'odeur infecte, et on constate, en arrière du méat urinaire, la présence d'une petite tumeur végétante fongueuse attenant à la paroi antérieure du vagin. Incontinence d'urine et des matières.

La motilité paraît intacte et tous les mouvements faciles, la sensibilité générale à la piqure, au chatouillement est conservée. Notable quantité d'albumine dans les urines, pas de sucre.

La malade ne répond les mots parce que, parce que, que lorsqu'on l'interpelle, sinon elle reste toute la journée tranquille, poussant de temps en temps des gémissements. Elle prend sur sa table de nuit les aliments qu'elle désire, se sert très bien du couteau, de la fourchette, se verse à boire et a soin chaque fois de mettre une certaine quantité de tisane dans son vin.

15 octobre. La personne qui a amené la malade à l'hôpi-

tal nous donne quelques renseignements : elle est fille de brasserie ; sa santé a été assez bonne jusqu'à ces derniers temps. Depuis 4 mois, elle a commencé à tousser, à maigrir et à souffrir dans le bas-ventre ; elle pouvait néanmoins continuer son travail ; elle lisait et écrivait convenablement. Le 12 octobre, au soir, elle perdit subitement la parole ; sans avoir présenté aucun phénomène d'apoplexie ; elle ne répondit plus que parce que, parce que. On l'amena aussitôt à l'hôpital.

Aujourd'hui, l'état général est meilleur. A toutes les questions qu'on lui pose et avec quelque insistance qu'on les répète elle répond invariablement : « Oui monsieur, oui monsieur » ou bien « parce que, parce que » ; cependant, ce matin en arrivant à son lit et en lui demandant, comment allez-vous ? elle a répliqué : « je vous remercie monsieur, je vais mieux. » Il a été impossible de lui faire redire cette phrase. Elle ne comprend pas les paroles qu'on prononce devant elle ; elle regarde attentivement quand on parle, mais les mots ne semblent réveiller chez elle aucune image, aucun souvenir. Ce défaut de compréhension n'est pas sous la dépendance d'une lésion de l'appareil auditif, l'ouïe est conservée, et si on approche de son oreille une montre sans qu'elle l'aperçoive, elle se retourne immédiatement, regarde l'objet et sourit. Le souvenir de tous les mots n'est pas indistinctement perdu. Lorsqu'on lui dit « mettez la main sur ma tête » elle hésite un instant, paraît chercher à se souvenir et reste immobile ; si la phrase est accompagnée d'un geste montrant la tête de celui qui parle, immédiatement elle place la main sur l'endroit indiqué ; de même encore, « donnez-moi la main » elle ne bouge pas ; mais si en lui parlant on lui tend la main, aussitôt elle avance la sienne. On place devant elle plusieurs pièces d'argent et d'or et on prononce choisissez, elle reste immobile ; on lui fait signe d'en prendre une, elle saisit aussitôt la pièce d'or avec une visible satisfaction.

Le calcul paraît bien conservé. Nous lui demandons : Savez-vous jouer aux cartes ? « Oui, Monsieur. » A l'écarté ? « Oui, Monsieur. » Voulez-vous jouer ? « Oui, Monsieur. » Les cartes sont battues et lui sont présentées ; elle prend son jeu et le dispose comme on fait d'habitude. Dans le courant de la partie, elle ne se trompe jamais ni sur la couleur ni sur la valeur. Lorsque la carte qu'elle possède est supérieure à celle de l'adversaire, elle joue sans hésitation et relève les deux cartes rapidement ; son gain ne lui semblant pas faire l'objet de la plus petite difficulté. A la fin, en donnant elle-même les cartes sans la moindre erreur,

elle fait tourner le roi ; aussitôt elle se met à rire et arrête le jeu.

16 octobre. Une de ses amies qu'elle n'avait pas vue depuis deux mois, vient auprès d'elle ; elle l'accueille avec un sourire et lui tend la main ; mais elle ne peut lui dire autre chose que : « parce que, parce que. » Elle ne paraît pas comprendre ce que lui dit son amie ; comme aussi elle ne semble pas avoir conscience que les mots qu'elle prononce ne signifient rien. Bien qu'elle se serve correctement de son couteau, son verre, ses aliments, lorsqu'on lui demande le nom elle dit « du plan », le vin « du plan », une assiette « du plan ». Le mot plan revient indifféremment sans qu'elle s'impatiente de prononcer un mot inexact ou qu'elle paraisse même remarquer cette inexactitude. Voulez-vous de l'orange ? « Oui, Monsieur ». Vous ne voulez pas d'orange ? « Oui, Monsieur ». Voulez du vin ? « Oui, Monsieur ». Les trois réponses : Oui, Monsieur, sont faites sur le même ton ; elle ne regarde que l'orange et tend la main pour la prendre.

La sensibilité générale cutanée à la piqure, au chatouillement, au froid, est égale de l'un et de l'autre côté et paraît n'avoir subi aucun affaiblissement. Nous chatouillons la plante du pied, aussitôt la malade retire les jambes, les replie sous elle, et nous dit en riant : « Grâce, Monsieur. » Il est impossible, malgré toutes les tentatives, de lui faire répéter cette phrase.

La lecture et l'écriture sont complètement abolies ; elle ne reconnaît son nom pas plus quand on le lui montre écrit sur la pancarte que lorsqu'on le prononce devant elle ; elle ne peut donc rien écrire sous la dictée. Nous essayons de lui faire copier son propre nom ; elle prend le crayon, place le papier, trace avec peine la première lettre et ne va pas plus loin.

Nous n'avons pas tenté de la faire écrire de la main gauche pour constater si l'écriture était renversée et si la lettre qu'elle pouvait encore tracer était dirigée de droite à gauche comme dans les cas étudiés par Buchwald chez les aphasiques hémiplegiques droits sous le nom d'écriture *en miroir*.

Le goût et l'odorat, pas plus que l'acuité visuelle, n'ont été étudiés bien complètement.

La très grande difficulté de se faire comprendre par la malade autrement que par gestes, rendait cet examen fort difficile. Nous avons noté toutefois qu'elle prenait grand plaisir à manger des oranges.

20 octobre. Elle tousse beaucoup, a de la fièvre chaque

soir. Appétit très faible. Presque chaque matin en s'approchant de son lit et en lui demandant : Comment allez-vous ? on obtient la réponse : « Je vous remercie, Monsieur, je vais un peu mieux ». Si c'est la surveillante qui vient auprès d'elle, elle lui dit Madame.

Elle reste toute la journée couchée, est très faible et souffre d'une diarrhée continuelle. Malgré les injections antiseptiques, il s'écoule toujours du vagin un liquide séro-purulent très fétide.

La cachexie fait des progrès ; l'intelligence de la malade est aussi nette qu'à son entrée à l'hôpital ; pendant l'après-midi, elle regarde avec attention tout ce qui se passe dans la salle ; elle s'intéresse aux actes ou aux jeux des autres malades qui sont autour d'elle, et voyant un jour une de ses voisines faire une plaisanterie à une autre, elle se mit à rire aussitôt.

2 novembre. L'état général s'aggrave ; la toux et la fièvre sont plus intenses ; l'appétit presque complètement disparu.

3 novembre. Mort dans le marasme.

AUTOPSIE. — Signes de la tuberculose au 2^e et au 3^e degré dans les deux poumons. Cœur sain ; pas de lésions d'orifice.

Noyaux caséux dans les deux reins.

Eruption confluyente de tubercules miliaires sur la muqueuse vésicale et uréthrale. La petite tumeur ulcérée et fongueuse qui siégeait à l'entrée de la vulve sur la paroi antérieure du vagin est développée tout autour de l'urèthre. L'examen microscopique a montré qu'elle était constituée par des productions tuberculeuses développées sur la muqueuse de l'urèthre.

Les lésions constatées dans les autres organes n'offrent qu'un faible intérêt dans le cas qui nous occupe. Le crâne ouvert, nous n'avons trouvé rien à signaler dans les méninges et les artères de la base de l'encéphale, rien dans le cervelet et le bulbe. L'hémisphère cérébral droit est parfaitement sain. L'hémisphère gauche présente à sa surface un ramollissement jaune des circonvolutions situées en arrière de la zone motrice, dans le point que nous allons déterminer.

Nous trouvons en effet un petit nodule thrombotique dans la quatrième branche de l'artère sylvienne gauche, celle qui longe la scissure de Sylvius ; cette thrombose est située immédiatement au delà du lieu d'origine de l'artériole qui part de la sylvienne pour aller se répandre sur la partie antérieure du prolongement sphénoïdal.

Le territoire sous-jacent aux ramifications de l'artère obstruée est atteint de nécrobiose; on y trouve à l'examen microscopique des corps granuleux. La région dégénérée est exactement représentée dans le dessin ci-joint (fig. 1). On

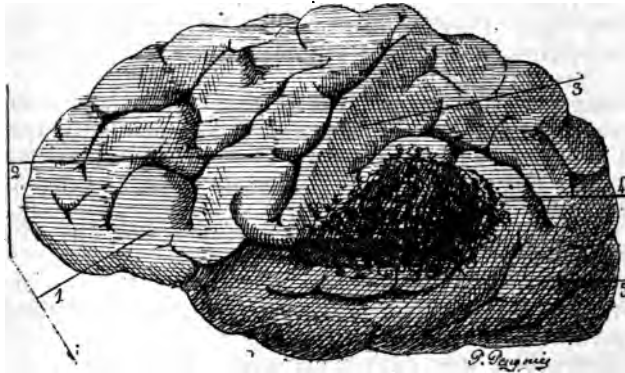


Fig. 1.

voit qu'elle occupe la moitié supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans sa moitié postérieure. La plus grande partie du lobule pariétal inférieur, le lobule

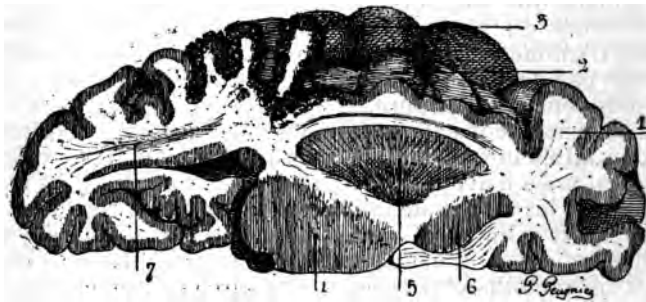


Fig. 2.

du pli courbe et une petite portion du pli courbe. Rien sur la surface externe de la troisième circonvolution frontale.

Pour juger de la profondeur de la lésion, nous avons pratiqué la coupe de Flechsig (fig. 2); nous nous sommes assurés alors que la dégénérescence était

à peu près exactement limitée à l'écorce grise dans les points correspondants à la coloration jaunâtre visible sur la surface corticale. Le ramollissement n'intéressait le lobule de l'insula que dans sa région la plus reculée, immédiatement en arrière de l'avant-mur. Intégrité absolue des deux premières circonvolutions de l'insula, de la circonvolution de Broca et des autres parties constituant les hémisphères.

RÉFLEXIONS. — Nous ferons remarquer en passant que, malgré cette destruction étendue du manteau, notre malade ne présentait aucune trace de paralysie, que d'ailleurs la zone corticale dite psycho-motrice était parfaitement respectée, ce qui est encore une preuve indirecte mais digne d'être notée à l'appui des affirmations de M. Charcot sur la localisation des centres moteurs.

En reprenant les traits principaux de cette observation, nous voyons une malade devenir subitement aphasique sans avoir présenté préalablement de phénomènes apoplectiformes. Chez elle, la motilité et la sensibilité générale sont intactes; le calcul, la mémoire des couleurs, des objets et des personnes sont presque entièrement conservés; l'intelligence est faiblement obscurcie; elle voit et elle entend; elle prononce quelques mots, mais elle est incapable de comprendre la plupart des paroles qu'on dit devant elle, de lire et d'écrire. La seule lésion constatée siège dans l'hémisphère gauche; c'est un ramollissement jaune de la région que nous avons soigneusement délimitée plus haut.

Dans la relation de ce fait, nous n'avons garde de laisser dans l'ombre le desiderata de notre observation; l'odorat et le goût n'ont pas été examinés.

Quant à l'intelligence, nous avons eu soin de le signaler, elle nous a paru un peu diminuée, mais il ne nous semble pas que cet affaiblissement, resté dans les limites que nous avons signalées, puisse faire ranger notre malade dans la catégorie des démentes plutôt que des aphasiques. Aussi bien, tous les auteurs s'accordent à reconnaître chez les aphasiques ordinaires, par lésion de la circonvolution de Broca, une altération plus ou moins profonde des facultés intellectuelles.

En résumé, nous ne croyons pas qu'il soit téméraire de donner pour titre à l'observation que nous avons sous les

yeux les noms de cécité et surdité verbales ; ici encore, comme dans tous les cas publiés en faveur de cette question de l'aphasie sensorielle, et il n'est peut-être pas indifférent d'insister sur ce point, les lésions anatomiques ont toujours été rencontrées dans l'hémisphère cérébral gauche.

M. G. BALLET. Je demande à la Société la permission de lui soumettre quelques réflexions à l'occasion de la communication très intéressante que M. Chantemesse vient de faire.

Je ne me propose pas de descendre au fond même de la question et de discuter si, oui ou non, d'après les observations produites jusqu'à ce jour, on est en droit de dissocier le groupe des aphasies, et de rapporter les divers troubles ainsi isolés les uns des autres à des lésions affectant spécialement tel ou tel autre territoire de l'écorce cérébrale. Je me contenterai, à ce point de vue, d'avouer que les faits qui de jour en jour se succèdent me paraissent militer puissamment en faveur de la légitimité de cette dissociation, telle qu'elle a été admise en Allemagne et en France à la suite des travaux de Kusmaul. Je voudrais seulement présenter quelques observations relativement à la connexité qu'on a cherché à établir, à tort, selon moi, entre la question de la localisation des diverses formes d'aphasie sensorielle et celle des localisations sensitives.

Lorsque Ferrier, fort d'expériences physiologiques qui l'avaient porté à admettre l'existence dans le manteau de centres circonscrits affectés à la perception de chaque variété d'impression, chercha à étayer sa doctrine sur les faits cliniques, il fut fort embarrassé, ne trouvant pas de cas positif qui vint à l'appui de ses idées. Il pensa alors que les faits de Kusmaul, de Wernicke, de Kahler et Pick, bien que relatifs non à des cas de cécité et de surdité proprement dite, mais à des cas de surdité et de cécité verbales, pouvaient être invoqués en faveur de son opinion.

Aussi, depuis Ferrier, on a eu quelque tendance à établir, tant en France qu'à l'étranger, une connexité fautive entre la question de l'aphasie sensorielle et celle des localisations sensitives. Et les discussions soulevées à l'occasion de l'une ou de l'autre de ces deux questions,

sont plus d'une fois ressenties de la malencontreuse assimilation que l'on a faite de la première à la seconde.

Or, si l'on veut bien relire dans leurs détails les diverses observations de *cécité* et de *surdité* verbales qui ont été jusqu'à ce jour publiées, on verra que ces observations, j'entends celles qui militent le plus puissamment *en faveur* de la localisation défendue par Kusmaul et autres, ne militent pas moins puissamment *contre* la réalité des prétendus centres sensitifs de la vue et de l'ouïe tels que les a admis Ferrier à la suite de ses premières expériences. Il est en effet noté positivement, dans toutes ces observations, qu'en dépit des lésions du pli courbe et des circonvolutions temporales, l'ouïe et la vue avaient conservé leur intégrité.

Quoi d'étonnant à cela ? La cécité et la surdité verbales ne sont-elles pas des troubles foncièrement différents de la surdité et de la cécité proprement dite ? En effet, tous les troubles de la faculté du langage, quels qu'ils soient, dissociables ou non cliniquement et pathogéniquement parlant, sont relatifs à une opération beaucoup plus complexe, plus élevée dans l'échelle que les opérations vulgaires qui président à la sensibilité et à la motricité. Il suffirait, pour l'établir, de rappeler que cette opération est, d'après les anthropologistes, la caractéristique, c'est-à-dire la propriété exclusive de l'espèce humaine. Je n'insiste pas, toutefois, sur cet argument, étant donné que l'étude du langage chez les animaux est encore fort incomplète.

Mais, que l'on réfléchisse à la nature des opérations centrifuges, qui s'appellent : l'interprétation par le cerveau d'une syllabe entendue ou d'un mot lu, et on verra qu'elles sont tout autres que celles qui concourent à la perception simple, auditive ou visuelle d'un son parlé ou d'un caractère écrit. Dans le dernier cas, la sensibilité est mise seule en jeu ; dans le premier, il s'agit d'un travail intellectuel relativement compliqué, qui a pour résultat d'adapter au son perçu par l'ouïe ou au signe perçu par la vue une valeur de convention.

Aussi, est-ce un tort, pensons-nous, de vouloir, au point de vue des idées localisatrices ou antilocalisatrices, peu importe, établir une connexité entre ces deux variétés de troubles : surdité et cécité verbales, surdité et cécité proprement dites.

Il peut parfaitement se faire que le travail intellectuel qui correspond à l'interprétation des signes entendus et celui qui consiste dans l'appréciation des signes lus s'accomplissent dans des territoires cérébraux distincts (c'est là la question en litige), sans qu'il en soit de même à l'égard des opérations qui président à la perception des impressions de lumière et de son.

En tous cas, il nous semble démontré : 1° que les deux questions (celle de la cécité et de la surdité verbale et celles des localisations sensitives) restent indépendantes l'une de l'autre ; 2° que s'il existe des centres circonscrits pour la vue et pour l'ouïe, ces centres ne siègent (les détails des observations de cécité et de surdité verbales publiées jusqu'à présent en font foi) ni au niveau du pli courbe, quant au premier, ni au niveau des circonvolutions temporales, en ce qui concerne le second.

Si nous insistons pour qu'on sépare dans les discussions la question de l'aphasie sensorielle de celle des localisations sensitives, pour qu'on renonce à les considérer comme connexes, nous n'insistons pas moins pour qu'on modifie certaines expressions usitées dans la terminologie courante et qui nous paraissent défectueuses. Les mots cécité et surdité *cérébrales* ou *psychiques*, qui ont eu cours particulièrement en France depuis quelque temps, nous semblent en effet de nature à entretenir la dangereuse confusion que nous voudrions voir se dissiper. Toute cécité, toute surdité dont la cause réside dans l'écorce cérébrale n'est-elle pas une cécité, une surdité *psychique* ou *cérébrale*, comme on voudra ? En employant de semblables dénominations, on s'expose à créer de fâcheuses équivoques ; et nous ne voyons nul avantage à substituer ces néologismes aux expressions surdité et cécité *verbales*, qui nous paraissent au contraire des expressions fort heureuses, en ce sens qu'elles impliquent formellement que le trouble dont il s'agit est un trouble de la faculté du langage.

M. CHAUFFARD. Je ne puis souscrire entièrement aux propositions que M. Ballet vient d'émettre à propos de la très intéressante observation de M. Chantemesse, et je voudrais dire, en peu de mots, en quoi mon avis diffère du sien. Je suis tout prêt à accorder à M. Ballet que l'observation que nous venons d'entendre, pas plus que celles

même genre qui ont été publiées jusqu'à ce jour, ne révèle cliniquement l'existence chez l'homme de centres locaux sensitifs et sensoriels; il n'existe pas là, du côté de la vue et de l'ouïe, d'abolition fonctionnelle, de paralyse limitée, comparable à ce que l'on observe dans la sphère de la motilité par exemple, à la suite de la destruction expérimentale ou pathologique de tout ou partie de la zone motrice. Il serait donc prématuré et illégitime de vouloir superposer ces quelques observations de surdité verbales aux expériences de Ferrier et de Munck, et prétendre justifier et expliquer les unes par les autres. Or, on ne peut cependant, en bonne justice, ne pas rapporter ce que la physiologie a vu ou cru voir, de ce que la clinique nous enseigne; il n'y a pas, entre les deux, identité c'est vrai, mais il y a rapport évident, dont la nature et le degré nous échappent encore en partie et ne s'apparaîtront plus clairement que quand les observations cliniques, précises et probantes, se seront multipliées.

Je suis encore obligé de me séparer de M. Ballet au sujet des termes de surdité et de cécité verbales, admis du reste par la majorité des auteurs. A ne prendre que leur valeur propre, ces mots signifient simplement perte de la faculté de percevoir et d'interpréter le sens de la parole écrite, ou de la parole articulée. Mais, ce n'est là, il me semble, qu'un cas particulier d'un désordre intellectuel plus général. Chez la plupart des aphasiques, M. Lasèque l'a montré et moi-même chaque jour depuis longtemps, l'appareil psychique est plus ou moins profondément troublé, les fonctions intellectuelles sont amoindries, ou présentent de véritables lacunes. Eh bien! une de ces lacunes paraît répondre à ces faits si curieux, où le malade ne peut plus ni entendre, ni voir, ni reconnaître rien de ce qui l'entoure, où il se trouve isolé et comme séquestré du monde extérieur, n'ayant plus avec lui ni point de contact, ni communication possible. Dire d'un tel malade qu'il a de la surdité et de la cécité verbales, c'est, il me semble, s'en tenir à une dénomination purement phénoménale et un peu étroite. Au contraire, qu'il y ait de la surdité et de la cécité verbales, c'est indiquer à la fois et que son appareil sensoriel lui-même est sain, et qu'il s'agit d'un désordre

purement intellectuel, de la perversion ou de l'abolition de cette opération de l'esprit par laquelle nous arrivons à interpréter, à adapter, à assimiler pour ainsi dire, les notions extérieures que nous fournissent les organes de la vue et de l'ouïe. Je crois donc, jusqu'à nouvel ordre, que le terme de surdité et de cécité psychiques est peut-être plus synthétique et plus philosophique à la fois que celui de surdité et cécité verbales, et il me paraît mieux s'appliquer aux différentes observations publiées jusqu'à ce jour, qu'il s'agisse de cas d'une intensité moyenne comme celui que nous a présenté M. Chantemesse, ou de cas plus graves encore comme celui dont j'ai rapporté l'histoire.

Ceci dit, en réponse à l'argumentation de M. Ballet, je voudrais faire remarquer à la Société un fait sur lequel jusqu'à présent on n'a peut-être pas encore attiré l'attention. A ne prendre que les observations bien probantes au double point de vue anatomique et clinique, on n'en peut guère compter que quatre : le cas de M. Déjerine cité dans la thèse de M^{lle} Skwortzoff, les cas publiés, l'un par M. Girardeau, l'autre par moi, enfin, le cas actuel de M. Chantemesse. Eh bien ! dans les quatre cas, non seulement la topographie de la lésion était à peu près la même, mais encore c'était le même hémisphère qui était atteint, l'hémisphère gauche. Il y aura lieu de voir si les observations ultérieures confirmeront cette localisation, et, si les troubles psychiques qui constituent l'aphasie sensorielle des Allemands relèvent, comme l'aphasie de Broca, de la moitié gauche du cerveau. Ce serait là un fait de physiologie pathologique du plus haut intérêt.

Séance du 9 juin 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

nalle dans le squelette de l'épaule droite. — Ossification indépendante de l'acromion ; par M. le Dr LAGRANGE, major.

èce qui fait l'objet de cette note a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de 23 ans qui ne présentait aucune vice de développement, ni dans son squelette, ni dans aucune autre partie du corps.

La clavicule est normale, l'omoplate aussi dans toutes ses parties, excepté au niveau du sommet de l'acromion. L'apophyse acromiale est nettement détachée de la base. L'articulation est marquée par une véritable articulation de deux facettes séparées par un ligament inter-osseux. La surface articulaire correspondant à la base de l'apophyse est taillée en V, l'autre à la forme d'un coin. Il existe un os séquent entre cette nouvelle articulation et l'articulation acromio-claviculaire un os intermédiaire formé aux dépens de la tête acromiale.

Cet os est aplati, de forme rectangulaire, articulé avec la scapula par son angle postérieur et externe. La face supérieure est rugueuse, la face inférieure est lisse, dans son étendue elle est tapissée par la bourse séreuse acromiale qui s'arrête d'ailleurs exactement sur son bord inférieur.

La situation de cet os malin dont il s'agit ici fait d'abord songer à une tumeur osseuse. Cette explication ne paraît pas admissible car il est difficile qu'un trait de fracture prenne la forme contournée de l'interligne articulaire nouveau ; il aurait fallu que cette fracture se produisît dans des conditions particulièrement heureuses pour contourner avec une exactitude la séreuse sous-acromiale.

L'idée de fracture doit encore être abandonnée parce que l'anatomie et l'embryologie comparées fournissent une explication plus satisfaisante.

D'autre part, il existe chez certains animaux un os huméro-acromial placé entre la clavicule et l'omoplate et destiné à faciliter l'articulation de l'épaule. D'autre part, le développement de l'épine de l'omoplate se fait par deux points

d'ossification indépendants, un pour la base, l'autre pour le sommet. Ces deux points vont se réunir à peu près au niveau de l'articulation anormale qui existe dans la pièce que nous présentons. Ajoutons enfin qu'il existe dans la science un certain nombre de ces anomalies. Laurence en a rapporté un cas. Cruveilhier a montré en 1833 à la Société anatomique les deux omoplates d'un vieillard qui présentaient un pareil vice de développement; ce qu'il a expliqué par un défaut des soudures des points d'ossification.

Titon (1854) (Société Anatomique) a présenté aussi un cas analogue.

7. Anomalie de l'artère humérale; par M. le M. le Dr
LAGRANGE, aide-major.

Cette pièce est un exemple de bifurcation anticipée de l'artère humérale droite. Cette bifurcation a lieu dans les conditions suivantes : L'artère axillaire se divise, en se terminant, en deux branches à peu près d'égale grosseur. De ces deux branches l'une est profonde et représente l'artère humérale normale; elle affecte avec le nerf médian et les muscles du bras les rapports ordinaires. L'autre est superficielle, sus-aponévrotique, et se divise au pli du coude en fournissant l'artère radiale et cubitale qui sont toutes les deux sus-aponévrotiques.

L'artère profonde se termine à l'avant-bras en fournissant un bouquet d'artères musculaires et les deux artères inter-osseuses. Celle qui est superficielle est presque exclusivement destinée à la paume de la main où elle forme les deux arcades.

Il n'est pas rare de rencontrer des exemples de bifurcation anticipée de l'artère humérale: Broca, dans son excellent travail sur les anomalies des artères du membre thoracique en a rapporté un assez grand nombre; mais, dans notre cas, deux faits relativement curieux doivent être relevés. Le premier c'est la situation sus-aponévrotique de l'artère humérale superficielle; d'habitude les deux humérales sont sus-aponévrotiques et se côtoient l'une l'autre.

Le deuxième fait, intéressant au point de vue chirurgical, consiste dans le volume considérable de l'artère profonde qui représente ici comme dans tous les cas de ce genre le tronc des inter-osseuses. D'habitude, cette artère est d'un petit volume, si bien que lorsqu'on est appelé à la lier, son petit calibre met sur la voie d'une anomalie qu'on doit rechercher et qu'on trouve la plupart du temps. Ici le chirurgien aurait été trompé; sans nul doute il aurait, vu le cali-

e de l'artère liée, cru son opération suffisante et cela sans voir en rien entravé l'irrigation de la main.

Nous devons ces deux pièces à l'obligeance de notre excellent maître et ami M. Paulet, agrégé à l'école du Val-de-râce.

Kystes multiples du foie et des reins. — Urémie; par
M. BABINSKI, interne des hôpitaux.

La nommée Desvignes Eugénie, âgée de 56 ans, entre 3 juin 1882, à la Pitié, dans le service de M. CORNIL.

Elle jouissait d'une santé parfaite, d'après ce qu'elle raconte, jusqu'à une époque qui remonte à 15 mois avant son entrée à l'hôpital : elle ne se rappelle avoir eu aucune maladie sérieuse dans sa vie, et n'indique aucune particularité à noter au point de vue des antécédents héréditaires. Il y a de cela 15 mois environ, elle a commencé à sentir malade et voici les symptômes qu'elle a présentés depuis ce moment : affaiblissement général, amaigrissement, diminution de l'appétit, douleurs intermittentes dans le ventre et à plusieurs reprises métrorrhagies peu abondantes ; mais, du reste, malgré la diminution progressive de ses forces, elle a pu continuer à vaquer à ses occupations, et il n'y a guère que 8 jours de cela qu'elle s'est sentie obligée à renoncer à tout travail.

Il y a, en effet, huit jours de cela, son affaiblissement a notablement augmenté, l'anorexie est devenue complète, violent mal de tête s'est développé et la malade a dû quitter le lit.

A son entrée, voici ce que l'on constate : la malade est dans un grand abattement, mais ses réponses sont très nettes, elle donne d'une façon précise les renseignements que nous venons d'énumérer ; elle se plaint en plus d'avoir une forte diarrhée. Le ventre est douloureux, surtout à gauche ; à la percussion, on perçoit dans le flanc et la fosse iliaque des tumeurs de la matité ; à la palpation, on sent, dans cette région, une masse volumineuse irrégulière, bosselée, arrondie aux deux extrémités ; se délimitant bien en haut et en bas, descendant presque jusqu'au ligament crural ; dans la région lombaire, la tumeur n'est pas perceptible. La région hépatique est légèrement douloureuse à la pression, mais le volume du foie ne paraît pas augmenté notablement. A l'examen des urines, on trouve, d'une part, de l'albumine, d'autre part, des globules blancs, des globules rouges et d'autres cellules plus volumineuses et de formes variées.

Du côté du cœur, rien d'anormal. Dans la poitrine, on perçoit, à droite, des râles sibilants et sous-crépitaux peu nombreux du reste. L'examen des autres organes ne donne rien de particulier à signaler.

4 juin. Même état. L'urine des 24 heures est examinée au point de vue de l'urée ; il y a un litre et demi d'urine et 11 gr. d'urée par litre.

5 juin. Même état, pourtant l'abattement devient plus considérable, mais l'intelligence est lucide.

6 juin. L'intelligence commence à se troubler, la malade répond difficilement aux questions qu'on lui fait et elle est très prostrée ; il survient de l'incontinence des urines et des matières fécales.

7 juin. La malade tombe dans le coma le plus absolu.

8 juin. La malade succombe.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, les intestins, le grand épiploon, le péritoine apparaissent normaux ; pas d'épanchement de sérosité. Ce qui frappe la vue tout d'abord, c'est le volume énorme des deux reins ; ils soulèvent le péritoine et toute la masse intestinale ; ils se réfugient sur la ligne médiane.

Le foie est augmenté de volume également, surtout dans le sens transversal. Sur son bord convexe, on observe une grande quantité de petits kystes en filots, volume d'une lentille à un petit pois. A la pointe du lobe gauche, on en voit de gros comme une noix ; l'un d'eux, gros comme un œuf de pigeon, est rempli d'une sérosité puriforme avec grumeaux.

La poche est anfractueuse, avec brides à la surface. Cette surface est blanche, comme fibreuse. Les autres kystes contiennent une sérosité limpide : la peau, parfaitement lisse et très mince, est demi-transparente ; pas d'épaississement autour d'eux. On retrouve ces mêmes kystes à la face inférieure. Le liquide de ces kystes se coagule par la chaleur. La veine-porte, le conduit hépatique sont normaux. Il y a des calculs dans la vésicule biliaire, qui est atrophiée ; le cœur est gros ; l'aorte suffisante ; la mitrale normale. Le poumon gauche est sain. Le poumon droit a de l'emphysème du sommet, de la congestion à la base. La rate est moyenne. Artères et veines rénales normales.

Le rein droit est considérable ; il a 23 cent. de longueur et pèse 980 gr. dépouillé. Tout le tissu rénal a fait place à des kystes innombrables, dont le volume varie d'une lentille à une noix ; rien qui rappelle le parenchyme rénal. Le gauche, beaucoup plus gros, pèse 1680 gr ; il offre exac-

ment le même aspect. Les ganglions prévertébraux ne sont pas altérés. L'utérus, les ovaires, la vessie sont normaux.

Examen histologique. — Foie. La paroi interne d'un des kystes imprégné par le nitrate d'argent montre, sur toute l'étendue, une couche épithéliale. Les cellules de cette paroi, dissociées et colorées par le picro-carmin, se présentent sous forme de cellules aplaties pour la plupart avec un noyau volumineux et ovoïde; quelques-unes de ces cellules sont cubiques ou cylindriques. Sur des coupes de ce foie, on voit que les cellules hépatiques et la forme des lobules sont à peu près normales; par places seulement, on voit le tissu conjonctif interlobulaire épaissi, et, au milieu de ce tissu, plusieurs conduits biliaires plus ou moins dilatés; dans quelques-uns de ces espaces interlobulaires, on trouve une ou deux cavités tapissées par un épithélium cubique et qui semblent être des kystes en voie de formation; sur les coupes pratiquées au niveau des grandes cavités kystiques, on voit que la paroi des kystes est constituée par une bande très mince de tissu conjonctif, tapissée à sa surface interne par des cellules plates.

Reins. L'imprégnation, par le nitrate d'argent, de la surface interne des kystes montre, comme pour les kystes du foie, un pavé épithélial qui la tapisse, et, par la dissection, on trouve des cellules aplaties et quelques cellules cubiques. Sur les coupes faites dans les portions des reins qui ne sont pas encore kystiques, à l'œil nu, on voit que le tissu conjonctif occupe une étendue très considérable; le tissu propre du rein est notablement modifié; la plupart des tubes sont atrophiés, étouffés par le tissu conjonctif; dans certains points, au contraire, on trouve des îlots constitués par des tubes dilatés, entourés par une zone de tubes atrophiés; enfin, on trouve, par places, des cavités plus ou moins considérables, tapissées par un épithélium cubique et qui semblent être des kystes en voie d'accroissement et de provenance tubulaire.

M. CORNIL appelle l'attention sur l'intérêt de la coïncidence des kystes dans le rein et dans le foie. Les kystes dans le rein sont, dit-il, la conséquence de la dilatation des tubes urinifères.

M. SABOURIN a étudié un cas analogue à celui dont il s'agit. Les kystes, dans les faits de cette espèce, doivent être considérés comme des accidents de la cirrhose rénale et

hépatique. La cirrhose hépatique, dans l'observation à laquelle M. Sabourin fait allusion, était une cirrhose nodulaire.

9. M. MONIER montre le *rein* d'un malade mort à la période ultime du *diabète sucré*. On y remarque au centre une tumeur nodulaire. M. Monier considère qu'il s'agit là d'un épithélioma du rein primitif.

MM. BALLET et SABOURIN font observer qu'il s'agit plutôt d'un adénome du rein analogue à ceux qu'ils ont décrit.

10. M. BERTAULT présente un *sac herniaire* avec une déchirure à travers laquelle s'était engagé l'intestin.

11. Rapport sur la candidature de M. A. Siredey;
par M. QUÉNU.

Les diverses communications que M. Siredey a faites dans ces derniers temps à la Société anatomique sont intéressantes à plusieurs points de vue. Je rappellerai : 1° Un exemple rare de nécrose syphilitique de l'os frontal. Les séquestres, au nombre de deux, recouvraient une surface de l'étendue de la paume de la main (Pièce conservée à l'hôpital Saint-Louis); 2° Un cas de carcinome du rein avec tumeurs secondaires dans l'encéphale. Ces observations sont publiées dans les Bulletins de la Société.

Mais, j'appellerai plus particulièrement l'attention sur une communication faite par M. A. Siredey dans la séance du 18 novembre 1882, sur les altérations du foie dans les maladies infectieuses.

Il s'agit de recherches entreprises depuis plus d'un an et poursuivies encore actuellement au laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux. Une note résumant ce travail est publiée dans les Bulletins de la Société; je me contenterai de vous en donner une analyse sommaire.

La plupart des auteurs classiques admettent que, dans la fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, etc., les cellules hépatiques subissent des transformations analogues à celles qu'elles présentent dans l'ictère grave et dans l'hépatite phosphorée. M. A. Siredey ayant eu l'occasion d'étudier un certain nombre de foies de varioles, de fièvres typhoïdes, d'infections d'origine puerpérale ou chirurgicale, s'applique à démontrer que les lésions cellulaires n'ont que très exceptionnellement l'importance et la gravité qu'on leur attribue en général. Dans aucun cas, elles ne présentent une intensité comparable aux lésions phosphorées.

De plus, bien que toutes ces maladies soient réunies, rapprochées par leur caractère infectieux, leurs manifestations hépatiques ne sont pas les mêmes. Dans chacune d'elles, les lésions ont un aspect particulier, permettant jusqu'à un certain point de les différencier.

Dans la fièvre typhoïde, les lésions cellulaires font à peu près défaut, du moins dans les premières périodes de la maladie. Mais les espaces intercellulaires sont agrandis, les cellules endothéliales des capillaires intralobulaires se tuméfient, deviennent vitreuses. Il se produit sur un grand nombre de points de la stase sanguine qui s'accompagne bientôt de migrations globulaires. On voit alors se former sur divers points du lobule, mais principalement dans les régions voisines de la périphérie, de petits amas de leucocytes, sous la forme de nodules arrondis, assez réguliers, véritables petits abcès miliars analogues à ceux qu'a décrits M. le professeur Hayem dans l'infection purulente.

Ces productions disparaissent le plus souvent : on ne les retrouve plus aux dernières périodes de la maladie. Mais c'est alors seulement qu'on rencontre des altérations cellulaires graves, consistant le plus ordinairement dans la transformation grasseuse des cellules hépatiques. La graisse apparaît sous la forme de gouttelettes isolées, d'abord à la périphérie des cellules ; peu à peu le noyau est refoulé et la cellule envahie en totalité. L'infiltration grasseuse se fait aussi bien au centre qu'à la périphérie du lobule, même chez les sujets alcooliques ou chez des femmes récemment accouchées. En général, cette infiltration grasseuse ne porte que sur une très petite partie du lobule. Quelquefois elle fait défaut.

Dans la variole, les lésions des cellules du foie sont encore plus rares et moins nettes que dans la fièvre typhoïde. Elles ont manqué dans la plupart des cas, même dans deux observations de variole hémorrhagique. Les lésions interstitielles sont plus accentuées dès le début ; la tuméfaction des cellules endothéliales des capillaires intra-lobulaires est plus considérable, deux fois ces éléments cellulaires ont présenté la dégénérescence grasseuse manifestement indiquée par des préparations soumises à l'action de l'acide osmique (Note de Mayor et A. Siredey. In *Progrès médical*.) La congestion des capillaires est également plus prononcée que dans la fièvre typhoïde ; dans certains points, il y a manifestation des migrations de leucocytes et d'hématies, mais on n'a pas constaté d'abcès miliars.

Dans les pyohémies d'origine chirurgicale ou puerpérale, les lésions ont été très variables et n'amènent pas de

conclusion définitive. Il semble cependant que les foies dont les cellules ont subi presque en totalité la transformation graisseuse correspondent presque tous à des pyohémies anciennes à marche lente. Les altérations cellulaires n'étaient que peu ou point développées dans les cas de mort rapide, notamment dans deux cas de pyohémie expérimentale observés au laboratoire d'histologie des hôpitaux, sur des cobayes et des lapins.

L'auteur termine en étudiant les lésions du foie chez trois lapins et un cobaye soumis à l'intoxication phosphorée. Dans ces quatre observations, les cellules du foie ont présenté à divers degrés les phénomènes habituels de l'hépatite phosphorée, que l'on présente généralement comme le type de l'hépatite parenchymateuse. Les cellules sont tuméfiées, elles se pressent les unes contre les autres et effacent la lumière des capillaires intra-lobulaires. De plus, sur tous les points du lobule, les cellules sont remplies de fines gouttelettes graisseuses, nettement décollées par l'acide osmique et ressemblant à une poussière graisseuse. Il n'existe d'ailleurs ni abcès miliaires, ni accumulation de globules sanguins entre les cellules. En résumé, ce travail peut admettre les conclusions suivantes :

Les altérations du foie, dans les maladies infectieuses, ne se rattachent pas à l'hépatite parenchymateuse. Elles diffèrent très notablement des lésions de l'hépatite phosphorée.

Dans la fièvre typhoïde et la variole, les lésions, au début, siègent à peu près exclusivement dans les espaces inter-cellulaires. Elles consistent dans la tuméfaction trouble des cellules endothéliales des capillaires intra-lobulaires, dans la congestion de ces vaisseaux et dans la migration de leucocytes pouvant aller jusqu'à la production d'abcès miliaires, comme cela existe presque constamment dans la fièvre typhoïde.

Les lésions des cellules hépatiques se résument à une infiltration graisseuse des cellules, plus ou moins généralisée et n'apparaissant qu'à une époque très éloignée du début. Dans la pyohémie, les lésions intercellulaires sont moins nettes. La transformation graisseuse des cellules paraît surtout répondre aux cas à marche lente.

12. Anévrysme de l'aorte thoracique chez un homme de 48 ans ; par M. RESPAUT, interne à l'asile Saint-Anne.

Pierre S..., cordonnier, âgé de 48 ans, entré le 3 mai dernier, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. Ma-

GNAN, portait à la région postérieure du thorax, immédiatement sous l'omoplate gauche. une tumeur de la grosseur environ d'une tête de fœtus qui s'étendait à droite jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres correspondantes.

Pendant le temps qu'il nous a été donné de l'examiner, voici ce que nous avons remarqué : 1° En appliquant la main sur la tumeur, battement isochrone à celui du pouls. — 2° A l'auscultation, bruit de souffle rapeux pendant la systole. Le malade se plaignait en outre, de temps en temps, d'une douleur siégeant du côté de l'épaule gauche. Nul autre symptôme ayant trait à son anévrysme. Il avait ses aliments sans difficulté; il n'a jamais eu d'accès de suffocation. Nous n'avons pas remarqué de paraplégie.

Au point de vue de son état mental, l'observation du malade et les renseignements qui nous été fournis par sa femme nous ont appris que nous étions en présence d'un alcoolique chronique tendant vers la paralysie générale. Cet homme, en effet, avait depuis longtemps des accès de délire alcoolique. Il avait vu, la nuit, des chats, des chiens, des rats, il y a déjà cinq ans. De temps en temps, à l'occasion d'un excès de boisson, nouveaux accès subaigus de délire alcoolique. C'est ainsi qu'au mois de novembre dernier, il voyait des lumières, des becs de gaz allumés : « Tiens ! disait-il à sa femme, en voilà 4, en voilà 10 ! » Il voyait danser un abat-jour. A cette époque, ses idées de persécution ont éclaté. Tout le monde lui en voulait, on se le montrait du doigt dans la rue. Il refusait parfois de manger, de peur d'être empoisonné. Sa femme nous raconte qu'il buvait beaucoup de vin, d'eau-de-vie, parfois de l'absinthe.

A son entrée dans le service, on est frappé de l'affaiblissement de ses facultés mentales. On trouve de l'affaïssement intellectuel, même dans son délire. Il se plaint d'un Espagnol, grand gaillard, qui aurait arraché un enfant du ventre de sa femme et l'aurait mangé tout cru. Il avait entendu les os craquer. « Un autre homme, dit-il, a mis une pomme d'arrosoir dans le vagin de sa femme. » Il a l'air un peu satisfait malgré quelques idées de persécution. Ses pupilles sont punctiformes, mais égales. La parole est bredouillée, un peu tremblante par moments.

1^{er} juin. La respiration devient difficile. Râles ronflants et sibilants à droite et au sommet gauche. T. 38° 6.

2 juin. La respiration devient de plus en plus gênée. On entend des râles sibilants dans toute l'étendue du poumon droit. T. 40°. Pouls 120.

3 juin. Mort.

AUTOPSIE, le 4 juin.—Ouverture de la *cavité crânienne*. Le liquide céphalo-rachidien est notablement augmenté. Les méninges adhèrent au niveau des scissures sylviennes. Partout ailleurs, elle s'enlève facilement. Plaques athéromateuses sur les artères du cerveau et principalement sur la basilaire. Les parois du quatrième ventricule et des ventricules latéraux ont l'aspect chagriné (langue de chat). Les coupes pratiquées dans les hémisphères ne montrent aucune lésion en foyer. Hémisphère droit, poids : 600 gr. Hémisphère gauche, poids : 575 gr.

Poumons. Le gauche est tassé (atélectasie). Les lobes de la base sont carnifiés. Dans la partie inférieure, ils sont aérés. Très adhérent à la plèvre en arrière. Poids 650 gr. Le droit est congestionné, surtout à la base. Poids 900 gr. **Rate** un peu volumineuse. Capsule épaissie par places. **Reins.** Couche corticale jaunâtre (dégénérescence graisseuse, contrastant avec la substance médullaire un peu injectée). Le foie montre les signes de la cirrhose avec dégénérescence graisseuse. Poids : 1970 gr.

Cœur et aorte. Le péricarde contient un peu de liquide citrin. Le cœur présente, à l'extérieur, une légère couche graisseuse au niveau de ses cavités droites. L'aorte se dilate progressivement en décrivant sa crosse et, aussitôt après avoir décrit sa courbure, elle pénètre dans la cavité anévrysmale. En arrière, la paroi de l'anévrysme dans la partie correspondant à la tumeur que le malade portait sous l'omoplate gauche s'étend, suivant son diamètre oblique le plus long (16 à 18 centimètres), de la cinquième vertèbre dorsale à l'angle de la dixième côte. A droite, cette paroi ne dépasse pas la face gauche des apophyses épineuses des vertèbres correspondantes; à gauche, elle s'étend plus ou moins loin suivant les côtes, son diamètre transversal le plus long étant de 8 centimètres. Cette poche, de forme ovale, n'adhère pas à la peau. Elle en est séparée par une couche mince de tissu musculo-cellulaire. Elle est formée principalement par les muscles intercostaux et le long dorsal à ce niveau. Une fente longitudinale pratiquée dans cette poche nous permet de retirer une grande quantité (des 2/3 d'une cuvette) de caillots sanguins, les uns mous, situés au centre de la cavité (caillots passifs), les autres stratifiés (caillots actifs) ayant l'aspect d'un véritable tissu musculaire à mesure qu'on les examine plus près des parois anévrysmales.

Si l'on explore la cavité anévrysmale avec la main, on s'aperçoit que cette cavité s'étend aussi du côté droit du thorax. A gauche, les côtes ont été intéressées depuis la

sixième jusqu'à la dixième inclusivement. La sixième, un peu érodée, les septième, huitième et neuvième étant détruites dans une étendue de 5 à 8 centimètres à partir des vertèbres correspondantes. La dixième côte est luxée. Les septième, huitième et neuvième côtes font saillie dans la cavité anévrysmale par une extrémité irrégulière, anfractueuse. A chacune de ces extrémités est encore suspendu un petit fragment osseux.

Les vertèbres dorsales sont lésées depuis la troisième jusqu'à la dixième inclusivement. L'usure porte surtout sur les corps vertébraux, les disques intervertébraux ont un peu plus résisté. Les corps des quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres ont été détruits dans une grande partie de leur épaisseur. On peut cependant sentir avec les doigts que la moelle était encore préservée. La lésion porte à peu près autant sur le côté droit que sur le côté gauche des corps vertébraux. Les apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres dorsales sont fracturées près de leur sommet, les fragments sont maintenus en place.

A droite, la cavité anévrysmale s'étend aussi, en longueur, de la troisième à la dixième vertèbre dorsales. Mais l'étendue en longueur est bien moindre qu'à gauche, sauf au niveau de la sixième et septième côtes où cette cavité s'étend à 6 ou 7 centimètres des sixième et septième vertèbres. Les côtes ont été un peu érodées dans une très petite étendue. Les plèvres sont très épaissies et forment la paroi antérieure de l'anévrysme.

En regardant dans l'intérieur de la poche par la fente postérieure, on aperçoit les ouvertures supérieure et inférieure de l'aorte qui s'ouvrent dans la cavité anévrysmale par un collet saillant. Entre ces deux ouvertures, distantes environ de 5 centimètres, on voit très distinctement la tunique interne du vaisseau, parée de plaques athéromateuses.

Cette partie de l'aorte est étalée sur la plèvre gauche, à laquelle elle adhère de façon à former avec celle-ci une membrane uniforme. Par conséquent, si nous comparons l'aorte à un tube cylindrique, nous voyons que nous avons là un anévrysme de l'aorte thoracique, anévrysme mixte externe, mais avec cette différence que le vaisseau ne s'est rompu que dans son demi-cylindre postérieur, le demi-cylindre antérieur étant resté intact et contribuant à former avec les plèvres la paroi antérieure de la poche anévrysmale.

RÉFLEXIONS. — Par suite de la dégénérescence athéro-

mateuse qui a détruit la tunique interne, les tunique moyenne et externe ont été modifiées. L'anévrysme en se développant est venu progressivement user les côtes  celles-ci, érodées et transformées en fragments piquants  ont déchiré à leur tour les parois de l'anévrysme. De sorte qu'en fin de compte, la paroi postérieure de la cavité anévrysmale est constituée par la paroi même de la face postérieure du thorax, avec cette particularité qu'à gauche  septième, huitième et neuvième côtes ayant été usées dans une grande partie de leur étendue, les muscles intercostaux et le muscle long du dos, fortement soulevés, constituent seuls la paroi à ce niveau.

Les lésions cérébrales sont venues confirmer ce que la clinique nous montrait. En effet, l'adhérence des méninges (au niveau des scissures sylviennes), l'aspect chagriné (langue de chat) des parois du quatrième ventricule et des ventricules latéraux, les plaques athéromateuses des artères du cerveau prouvent que le malade, alcoolique chronique, marchait vers la paralysie générale. Ce dernier fait est important à signaler et montre une fois de plus l'influence active de l'alcoolisme sur la paralysie générale.

Ainsi que le dit M. Magnan dans son *Traité sur l'alcoolisme* (1874) : « Sous l'influence de l'alcool, un double processus morbide s'est développé, l'organisme dans son entier a été frappé, comme on le dit, d'une vieillesse précoce et a subi la dégénérescence graisseuse; mais la stéatose n'est pas seule; avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose) qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique. Selon la prédominance dans les centres nerveux de l'une ou l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolisme chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome) ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). »

13. Hernie inguinale ancienne de l'S iliaque ; — Cancer de l'anse herniée avec propagation au sac ; — Cancer secondaire du foie ; — Péritonite aiguë terminale ; par M. le Dr A. CHAUFFARD, médaille d'or des hôpitaux.

L. Jolivet, âgé de 52 ans, entre le 20 juin 1882 dans le service de M. le professeur PETER, à l'hôpital de la Charité,

pour des accidents abdominaux de date toute récente. La veille, en effet, cet homme avait été pris brusquement, sans cause appréciable, de douleurs abdominales, de vomissements verdâtres; et, en même temps, son ventre s'était notablement tuméfié.

A son entrée, le malade présente déjà tous les signes d'un état très grave; la face est grippée et subictérique, la langue bilieuse, le pouls petit et précipité. Le ventre est énormément ballonné, presque sphéroïdal, partout tympanique à la percussion, et tellement dur et tendu qu'on ne peut l'explorer convenablement; il est en même temps douloureux à la pression. Si nous ajoutons à ces différents signes les vomissements verdâtres qu'avait encore le malade, la fièvre ($38^{\circ},4$) et une diarrhée séreuse assez abondante, on comprendra que le diagnostic de péritonite aiguë s'imposait.

Restait à trouver la cause, le point de départ de cette péritonite, et l'attention était immédiatement attirée sur une grosse hernie inguinale gauche que portait le malade. Cette hernie était, paraît-il, de date très ancienne, et existait depuis plus de 20 ans. Elle avait été une fois étranglée et réduite par le taxis, mais était d'ordinaire maintenue réduite par un bandage approprié. Depuis six mois seulement, elle était devenue irréductible.

Actuellement, cette hernie présentait presque le volume des deux poings; peu douloureuse à la pression, sauf un peu au niveau du collet du sac, elle était irréductible, d'une consistance pâteuse et comme demi-solide, partout mate à la percussion. Depuis l'apparition des accidents abdominaux, elle n'était, au dire du malade, devenue ni plus sensible, ni plus tendue, ni plus grosse. A part cette hernie inguinale, à part également un alcoolisme avéré, notre homme ne présentait du reste aucun antécédent pathologique. Depuis quelques semaines seulement, disait-il, il avait une diarrhée abondante et avait notablement maigri et perdu de ses forces.

En présence d'un tel ensemble de symptômes, on ne pouvait songer à un étranglement, et le diagnostic porté fut : vieille entéro-épiplocèle irréductible et péritonite aiguë généralisée, consécutive probablement à une péritonite herniaire.

Pendant les jours qui suivirent, l'état général et local ne fit que s'aggraver : le ventre resta aussi ballonné et douloureux, les vomissements bilieux et porracés; la fièvre et en même temps la diarrhée continuèrent. Bientôt, une zone de matité dans les flancs montra qu'il s'était formé du

liquide dans le péritoine, et, le 14, le malade mourait en plein collapsus péritonitique.

AUTOPSIE. — Elle montra des lésions qui, les unes étaient prévues et les autres inattendues. D'abord, on trouvait une péritonite aiguë généralisée, avec épanchement purulent dans les parties déclives, vascularisation et accolement fibrineux et météorisme excessif des anses intestinales.

D'autre part, le foie, dont, pendant la vie, la tension extrême des parois abdominales n'avait pas permis de bien apprécier les dimensions, était très volumineux et pesait 2300 gr. ; sur sa convexité faisaient saillie trois à quatre gros noyaux cancéreux, marronnés ou atteignant même le volume d'une mandarine, et dont le tissu, sur une surface de section, était mou, lactescent, d'un blanc rosé. Ce cancer du foie présentait donc tous les caractères d'un cancer secondaire ; quant à la tumeur primitive, elle occupait un siège que nous n'avions pas soupçonné, l'anse herniée.

Voici, en effet, ce que montrait la dissection du sac herniaire et de son contenu :

D'abord, la hernie était une pure entéroccèle et ne contenait pas d'épiploon ; elle était formée par une anse de 20 centimètres environ de long, du gros intestin à l'union de l'S iliaque et du rectum. Cette anse herniée adhérait intimement au sac péritonéal et l'on ne pouvait que difficilement l'en séparer, surtout dans la partie postéro-inférieure. Le sac et l'intestin étaient comme soudés par des adhérences épaisses, résistantes, discontinues et comme lacunaires, dues à l'interposition d'un tissu non pas fibreux, mais grisâtre, riche en vaisseaux, friable et d'apparence plutôt néoplasique qu'inflammatoire. Au niveau du collet, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale, sans étranglement ni coarctation notable, et la péritonite cancéreuse herniaire se transformait en péritonite inflammatoire aiguë.

D'autre part, bien que l'anse intestinale herniée ne fût nullement étranglée, elle paraissait avoir des parois épaisses, inégalement résistantes, comme charnues, et donnait à la percussion un son presque mat. Le tout s'expliquait facilement après incision. On voyait alors que les parois intestinales étaient partout notablement augmentées d'épaisseur, et, qu'en outre, au niveau de l'insertion mésentérique, elles étaient le siège d'une tumeur volumineuse. Cette tumeur affectait la forme d'une plaque à peu près cir-

culaire, de 7 à 8 cent. de diamètre, faisant relief et constituée par de nombreux lobules mamelonnés d'un tissu rosé, friable et très vasculaire. Toutes les tuniques de l'intestin semblaient dégénérées à ce niveau.

Ni l'intestin dans le reste de son étendue, ni l'estomac, ni le rectum ne présentaient de tumeur semblable. Les autres organes étaient sains ou peu altérés.

RÉFLEXIONS. — L'interprétation de ce fait nous paraît assez facile. Un homme, en puissance de diathèse cancéreuse, est atteint de hernie inguinale ; pendant de longues années, il maintient plus ou moins irrégulièrement sa hernie réduite, et n'en continue pas moins les travaux les plus pénibles. Sous l'influence du traumatisme incessant provoqué par le bandage, l'anse herniée devient un véritable *locus minoris resistentie*, elle entre en état d'imminence morbide, et, la prédisposition du sujet aidant, il s'y développe une tumeur cancéreuse. Ainsi s'explique cette localisation, bizarre à première vue, du produit néoplasique. Quant aux accidents ultérieurs, ils se comprennent aisément, étant donné que le fungus cancéreux ne rétrécissait qu'à peine le calibre de l'intestin, et devait ainsi provoquer plutôt de la diarrhée que des accidents d'obstruction intestinale.

14. Corps fibreux utérin. — Septicémie à forme gangréneuse. — Mort ; par M. GIRAUDSAU, interne des hôpitaux.

Marie P..., âgée de 42 ans, entre le 23 mai 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, lit n° 15, dans le service de M. le professeur HAYEM.

A l'âge de 24 ans, cette femme, d'une bonne santé habituelle, bien réglée jusqu'à cette époque, fut prise d'ascite qui nécessita bientôt une première ponction. Le liquide qui s'écoula était clair, mousseux et pouvait être évalué à environ huit litres. A la suite de cette première ponction, le liquide se reproduisit très vite, si bien qu'en l'espace de dix-huit mois on pratiqua une quinzaine de ponctions dont la malade porte encore les traces au côté gauche de l'abdomen, sous forme de petites cicatrices blanches. L'état général était cependant relativement bon ; après chaque ponction, elle reprenait ses occupations pendant quelques jours. A deux reprises, elle eut des métrorrhagies assez abondantes, mais qui ne réparurent plus. Au bout

de dix-huit mois, le liquide ascitique cessa de se reproduire et la malade se considéra comme guérie. Son ventre pendant resta dur, volumineux, mais elle n'y prit pas garde. Mariée à trente ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Sa santé resta excellente jusqu'au 15 mai 1882. A la suite d'un effort, elle éprouva une vive douleur dans l'abdomen, bientôt elle fut prise de frissons multiples, de vomissements bilieux, et elle fut obligée de garder le lit. Ces symptômes n'ayant fait que s'aggraver, on l'apporta à l'hôpital le 23 mai, c'est-à-dire huit jours après le début des accidents.

A cette époque, la fièvre était intense, la face rouge, vultueuse, la langue rouge et sèche, il existait, en outre, quelques vomissements jaunâtres peu abondants et une dyspnée assez prononcée que l'examen de la poitrine n'expliquait pas. Le ventre était peu ballonné et peu douloureux à la pression. Celle-ci permettait de constater, dans la moitié inférieure de l'abdomen, une tumeur dure, nettement circonscrite, s'enfonçant en bas, derrière le pubis, remontant dans l'hypochondre gauche à trois travers de doigts de l'ombilic. Le palper abdominal et le toucher vaginal combinés permettaient de s'assurer que cette tumeur était développée aux dépens de l'utérus. Le col, refoulé en arrière, était conique comme chez les primipares, son orifice inférieur n'était pas entr'ouvert; à travers le cul-de-sac vaginal antérieur, on sentait une masse volumineuse faisant corps avec l'utérus. Les mouvements communiqués à l'utérus étaient peu étendus, limités par des adhérences et douloureux. Pas d'écoulement par le vagin. Les urines étaient rares, très colorées, contenaient une grande quantité d'albumine, mais pas de sucre. Le pouls est fréquent, 110, petit, la température est de 39°,5.

24 mai. Etat général plus grave, abattement; pas de délire, vomissements persistants, mais peu abondants; soif vive, frissons répétés, T. R. : 40°. Sulfate de quinine 2 gr. en 4 paquets. Soir. Nous constatons, sur la face antérieure de l'avant-bras gauche l'existence de deux plaques rouges, larges de 4 à 5 centimètres, douloureuses à la pression, s'effaçant entièrement lorsqu'on les comprime. Subdelirium.

25 mai. Fièvre très forte. T. 40°,5; délire, les vomissements ont cessé. Toute la partie antérieure de l'avant-bras gauche est rouge sombre, au niveau du poignet, il existe une plaque violacée, gangrénée, sans tuméfaction; le pouls a disparu au poignet et au pli du coude, on le retrouve difficilement dans l'aisselle; la sensibilité cutanée est nulle

ins toute l'étendue du membre supérieur gauche. A droite, à la face antérieure de l'avant-bras, on constate l'existence de deux ou trois plaques rouges, sans saillie, à niveau desquelles la sensibilité est conservée; ces plaques sont en tout point semblables à celles qui existaient la veille au soir sur l'avant-bras gauche. Au-dessus de la malléole interne droite, on trouve en outre une plaque de 4 centimètres de diamètre, identique à celles que nous venons de décrire.

A 11 heures, c'est-à-dire deux heures après la visite du matin, tout l'avant-bras gauche est violacé et froid, les battements ne sont plus sentis dans l'aisselle, les veines sous-cutanées, dilatées, apparaissent sous forme de cordons noueux. M. Kirmisson, appelé par M. Hayem, pratique au niveau de la plaque gangrénée une incision longitudinale qui n'est pas perçue par la malade et qui ne donne rien ni à du pus, ni à du sang, ni à des gaz. Le derme et le tissu sous-cutané sont d'un rouge sombre, l'aponévrose est brunâtre. A droite, les plaques ont augmenté d'étendue, elles sont d'un rouge plus sombre, la sensibilité et le pouls sont conservés de ce côté. Rhum, 200 gr.

A quatre heures de l'après-midi, la malade est dans le coma complet, la température rectale est de 40°,5; les membres supérieurs et inférieurs sont froids, les plaques gangrénées remontent jusqu'aux bras, le pouls n'est plus perçu ni à droite ni à gauche, les bruits du cœur sont multiples et sourds. — A six heures du soir, mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les masses intestinales reliées entre elles par des adhérences fibreuses anciennes, mais il n'existe de pus nulle part.

L'utérus présente un volume considérable, son col est sain, mais, au niveau du corps, on constate la présence d'un corps fibreux interstitiel, du volume d'une tête d'adulte, occupant surtout la moitié gauche de l'organe et recouvert par le péritoine très épaissi et très adhérent. Cette tumeur, calcifiée dans la majeure partie de son étendue, présente dans son intérieur de vastes sinus tortueux, à parois calcaires, contenant une matière sanieuse brunâtre, demi-liquide et tenant en suspension de petits corps brunâtres dont le volume varie depuis celui d'un grain de sable jusqu'à celui d'un pois. Parmi ces derniers, quelques-uns adhèrent à la paroi du sinus. Examinés au microscope, ils semblent formés par de l'hémoglobine altérée.

Les veines utérines et iliaques internes contiennent du sang noirâtre poisseux et communiquent en un point mani-

festement avec l'un des sinus que nous venons de décrire.

Le *foie*, recouvert par une coque fibreuse épaisse, est mou et flasque, ses dimensions et sa coloration sont normales. Les *reins* sont tuméfiés, blanchâtres, la capsule s'enlève facilement et en se détachant entraîne une partie de la substance corticale. Celle-ci est augmentée de volume, d'un blanc jaunâtre; les pyramides de Malpighi, au contraire, sont violacées. La *rate* est tuméfiée et diffluente.

Les *poumons* sont congestionnés dans toute leur étendue, mais ne présentent ni infarctus, ni abcès. Les *plèvres* sont saines ainsi que le *péricarde*. Le *cœur* est peu volumineux, le ventricule droit contient quelques caillots noirâtres post-mortem, les valvules sont saines.

Au niveau de l'avant-bras gauche, les *muscles* de la région antérieure sont mous, d'une coloration brun foncé, ils se laissent facilement déchirer. Les *nerfs* sont congestionnés et dans l'épaisseur du nerf médian on trouve par places des ecchymoses interstitielles. Les *artères* sont vides de sang, elles ne contiennent aucun caillot, leur tunique interne est fortement colorée en rouge, les *veines* contiennent des caillots gelée de groseille, mélangés à des gaz qui les distendent, leur membrane interne est violacée. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est infiltré de sérosité roussâtre. A l'avant-bras droit ainsi qu'à la jambe droite, les muscles sont infiltrés par une matière gélatineuse jaunâtre, que l'on retrouve également dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les *articulations* sont saines.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs points dans cette observation nous ont paru dignes d'être relevés. En premier lieu, signalons la marche peu habituelle de ce fibrome utérin qui, après avoir donné lieu, pendant près de deux ans, à de l'ascite ayant nécessité un grand nombre de ponctions, ne révéla son existence, pendant de longues années, par aucun symptôme important. Puis, plus tard, l'apparition d'accidents septicémiques, aussi graves et aussi rapides que ceux présentés par notre malade, est elle-même une exception. On peut en dire autant du mécanisme de cette septicémie, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, a eu son point de départ dans l'ouverture de ce sinus utérin plein de matière sanieuse, dans l'une des veines utérines, ouverture qu'il était facile de constater à l'œil nu. Enfin, la forme elle-même de cette septicémie est extrêmement rare; sans parler des frissons, de la fièvre, des

ymptômes généraux graves qui existaient ici comme ans toutes les septicémies aiguës, nous désirons attirer us particulièrement l'attention sur cette marche presque udroyante de la gangrène qui, en l'espace de vingt-quatre ures, avait envahi les quatre membres. A quelle cause attribuer ? A une embolie artérielle ? A une thrombose ar-rielle ou veineuse ? Mais nous avons vu qu'à l'autopsie avait été impossible de retrouver dans les vaisseaux des illots autres que des coagulations post mortem ; cepen-nt, nous devons dire que l'absence de pouls radial avait t pencher un instant le diagnostic vers cette hypothèse. une lymphangite suraiguë à forme gangréneuse, pré-rtant quelque analogie avec celle qui a été étudiée ré-mment par M. Jalaguier ? Mais, ici, le point de départ de septicémie est un organe central, n'ayant aucun rapport atomique avec la circulation lymphatique des membres, la lésion primitive est unique ; au contraire, les mani-tations gangréneuses sont multiples et dispersées sur vers points du corps ; enfin, il n'existait ni traînées uges suivant le trajet des lymphatiques sous-cutanés, ni gorgement des ganglions épithrochléens et axillaires. Il nble donc plus rationnel d'admettre que nous avons eu 'aire ici à un cas de *gangrène septique*, *gangrène par ération du sang* comparable, par son origine et sa arche, à celles que l'on constate dans certaines intoxicac-ns et sur lesquelles Maisonneuve, l'un des premiers, et us récemment M. le professeur Verneuil, ont attiré l'at-ntion.

5. Note sur un cas d'ulcère farcineux chronique chez l'homme ; par M. le Dr LAGRANGE, aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou.

On a rarement l'occasion d'étudier chez l'homme les lé-ions de la morve et du farcin. Pour ce motif, il nous pa-ait intéressant de rapporter l'examen microscopique que ous avons fait sur les ulcérations farcineuses d'un malade uquel notre maître, M. Guyot, amputa le bras droit en no-embre 1881.

Ce bras amputé présentait : 1° une ulcération profonde u niveau de l'éminence hypothénar ; 2° plusieurs ulcéra-ons superficielles sur l'avant-bras.

L'étude microscopique a été faite sur l'ulcération de la

région hypothénar et sur l'une des ulcérations superficielles. Les lésions constatées sur la première ulcération sont les suivantes :

A. C'est d'abord une première couche épaisse de 2^{mm} environ, constituée par des cellules embryonnaires tassées les unes contre les autres et séparées par une minime quantité de substance amorphe. Ces noyaux embryonnaires paraissent plus volumineux, plus vivants qu'ils ne le sont d'habitude dans les ulcères ordinaires ou dans les foyers tuberculeux. Ceci peut expliquer la grande lenteur avec laquelle ces ulcères farcineux se sont agrandis. Dans la couche embryonnaire superficielle, viennent se terminer en cœcums plus ou moins dilatés un grand nombre de capillaires gorgés de globules rouges.

A l'extrémité de quelques-uns de ces vaisseaux s'est produite une petite hémorrhagie démontrée par des amas arrondis et relativement volumineux de globules sanguins.

B. Au-dessous de cette première couche se trouve une zone de tissu musculaire strié. Les fibres sont pour la plupart coupées transversalement et montrent leurs champs de Conheim. Quelques-unes, longitudinales, montrent encore assez nettement des traces de leur striation.

Les cloisons inter-musculaires sont très épaisses et formées d'un tissu fibreux très dense. Il y a dans cette partie de la préparation presque autant de tissu conjonctif que de tissu musculaire. Les cloisons conjonctives, en s'anastomosant, limitent les loges dans lesquelles se trouvent les fibres musculaires altérées.

A mesure qu'on se rapproche des parties profondes, on voit le tissu fibreux se condenser de plus en plus et former une couche continue représentant la base indurée de l'ulcère. Au niveau de l'ulcération superficielle de l'avant-bras, les lésions sont identiques. On y voit une couche de cellules embryonnaires reposant sur une épaisse gangue fibro-conjonctive.

Cette gangue fibro-conjonctive est, au niveau du bord interne de la main, infiltrée d'éléments embryonnaires; ce tissu repose à ce niveau sur ce qui reste de la substance du cinquième métacarpien. Ce cinquième métacarpien est d'ailleurs réduit à une mince coque perforée en maints endroits, laissant la moelle osseuse communiquer avec le tissu de l'ulcération. Cette moelle renferme un grand nombre de globules blancs, de médullocelles et de petits noyaux embryonnaires; nous n'y avons pas vu de myéloplaxes.

Telle est la description générale des lésions observées:

ix points spéciaux méritent maintenant de retenir notre attention, ce sont : 1° les lésions musculaires ; 2° les lésions vaisseaux et le développement des follicules tuberculeux qui en ont été la conséquence.

1. *Lésions musculaires.* — Elles consistent surtout dans la multiplication des noyaux du sarcolemme. Ces noyaux sont au nombre de deux à six sur chaque section de fibres striées. Ils contiennent pour la plupart un beau nucléole. Quelques-uns siègent dans le milieu même de l'élément strié. La plupart cependant sont immédiatement accolés sous le sarcolemme. Les fibres musculaires, au lieu d'être pressées les unes contre les autres, comme dans le muscle normal, sont séparées par des espaces très sensibles. Ces espaces sont remplis par du tissu conjonctif dans lequel on trouve des noyaux analogues à ceux qui sont placés dans l'intérieur du sarcolemme.

Dans quelques points de la préparation, les fibres se présentent selon leur grand axe ; on peut ainsi juger de leur orientation qui, en certains points, est assez nette, et ailleurs a tout à fait disparu. La ligne de démarcation entre le tissu musculaire malade et le tissu conjonctif environnant rappelle celle qui sépare les cellules hépatiques du tissu conjonctif dans la cirrhose.

Les tractus du tissu conjonctif sont disposés de façon à inscrire des loges assez arrondies dans lesquelles on trouve, avec ce qui reste du muscle normal, un grand nombre de vésicules graisseuses. Sur l'une de nos préparations, les fibres, coupées longitudinalement, ont subi une dégénérescence vitreuse bien marquée, mais il n'en reste plus qu'un petit nombre, elles ont presque toutes été remplacées par une foule de noyaux remarquables par leur forme arrondie et les variations de leur volume. Quelques-uns de ces noyaux ont les dimensions d'un gros leucocyte ; ils sont percés de petites pointes aiguës. A côté d'eux se trouvent des éléments fibro-plastiques fusiformes plus ou moins allongés.

La substance médullaire du cinquième métacarpien communique librement avec le tissu malade de l'ulcération présente d'ailleurs des éléments analogues.

3. *Lésions des vaisseaux.* — Les tuniques vasculaires sont hypertrophiées, elles forment une série de plans concentriques. Nous n'avons pas compté dans les parois d'un vaisseau moins de douze plans fibreux bien distincts du tissu conjonctif environnant. Dans le *champ de la préparation*, on voit un grand nombre de petits orifices maintenus béants par des parois rigides. L'épaississement porte

sur toutes les tuniques. La tunique interne est plissée, repliée sur elle-même comme si elle était trop large pour l'orifice dans lequel elle est contenue.

La tunique adventice est bien délimitée et la zone la plus externe du tissu fibreux tranche par sa coloration rouge (picro-carmin) sur le tissu rose qui l'environne. Sur beaucoup de vaisseaux, cette zone fibreuse est compacte, mais non sur tous. Quelques-uns, sur leurs limites externes, portent des groupes de cellules embryonnaires. Ces cellules occupent les feuillets de la paroi fibreuse. A mesure que ces cellules prolifèrent, les lamelles fibreuses perdent leur épaisseur et disparaissent; elles apportent en se développant la désorganisation dans la néo-formation fibreuse péri-vasculaire. Mais, ce ne sont pas seulement les tuniques hypertrophiées qui se laissent ainsi envahir par les cellules embryonnaires. Certains vaisseaux contiennent dans leur intérieur, des petites cellules rondes qui les obstruent à moitié. Quelques-uns d'entre eux, entourés par une couche assez épaisse de noyaux embryonnaires, sont presque totalement oblitérés par ces mêmes noyaux.

Enfin, quelques vaisseaux sont encore plus avancés dans cette transformation. Il ne reste plus de leur enveloppe qu'une circonférence encore assez régulière, contenant une masse vitreuse parsemée de quelques noyaux que le carmin colore avec une grande intensité. Autour de cette circonférence se fait une agglomération de petites cellules embryonnaires, tassées les unes contre les autres et formant un nodule arrondi. Le vaisseau n'occupe pas toujours le centre du nodule; il peut être, au contraire, placé à la périphérie.

Nous n'insisterons pas davantage: il est évident qu'il s'agit ici d'un tubercule avec une pseudo-cellule géante centrale, qui n'est pas autre chose que la coupe d'un vaisseau malade. Ces cellules géantes ont une forme arrondie quand le vaisseau est coupé transversalement, elles sont ovales dans les coupes obliques. Quand le vaisseau est sectionné dans le sens de la longueur, il se présente sous la forme d'un long boyau rempli de cellules embryonnaires.

De cette description détaillée, deux choses ressortent avec évidence. Ce sont: 1° La présence indiscutable d'un certain nombre de tubercules dans le tissu de l'ulcération. 2° Le développement de ces tubercules aux dépens des vaisseaux du tissu malade.

16 Anévrysmes multiples de l'aorte. — Difficulté du diagnostic ; par M. Achille MALÉCOT, interne des hôpitaux.

C... Louis, 58 ans, menuisier, entre le 5 mai 1882, salle Saint-Ferdinand, n° 17, service de M. FÉRÉOL, hôpital de la Charité.

C'est un homme vigoureux, bien conservé, qui n'a jamais fait de maladies graves, mais s'est livré à quelques excès alcooliques. Vers l'âge de 25 ans, il a eu une excoriation de la verge dont la nature reste douteuse : en effet, cette excoriation a bien été suivie de « quelques boutons sur le corps, » mais, d'autre part, elle n'a provoqué aucun retentissement ganglionnaire et jamais cet homme n'a eu de plaques muqueuses ni d'autres manifestations syphilitiques. Il y a trois ans, il a été pris de vertige à huit ou dix reprises différentes ; ces vertiges survenaient immédiatement après une quinte de toux et allaient parfois jusqu'à la syncope. Il fut alors traité pour « une hypertrophie du cœur » et les accidents disparurent assez rapidement.

Il y a dix-huit mois, il constata l'existence d'une petite tumeur non douloureuse, siégeant au niveau de la poignée du sternum, et qui diminua notablement sous la simple influence du repos et de l'application de compresses imbibées d'eau sédative. Cependant, cette tumeur ne disparut point complètement : l'os resta un peu gros, et il survint, par intervalles, de la gêne de la déglutition et de la respiration. Il y a dix jours, apparurent brusquement un gonflement notable du cou et de l'œdème des paupières ; le malade se trouvant alors à Londres, alla consulter à Middlesex Hospital, où on voulut le garder. Mais il revint aussitôt en France et sollicita son admission à l'hôpital de la Charité.

A son entrée, on constate les symptômes suivants : Il existe au niveau de la première pièce du sternum, à droite de la ligne médiane, une tumeur grosse comme la moitié d'une mandarine, à bords vagues, diffus, sans changement de couleur de la peau, à part quelques petites varicosités bleuâtres qui se dessinent à sa superficie et se continuent avec un lacis veineux très considérable remontant sur les côtés du cou et se dirigeant vers les deux aisselles. Ces varicosités se dessinent également tout le long des bras et des avant-bras, principalement du côté gauche, où elles forment un lacis très développé ; les veines ont la grosseur d'une plume de corbeau et sont tendues et très saillantes. La tumeur est fluctuante superficiellement ;

plus profondément elle est dure, élastique et légèrement inégale. Elle ne présente pas de battements d'expansion, mais elle est très nettement soulevée par les pulsations cardiaques, elle est indolente à la percussion et irréductible. Elle semble très adhérente aux parties profondes, elle s'enfonce dans la direction de la trachée et envoie vers la base du cou un prolongement gros comme le pouce et d'une dureté ligneuse. L'auscultation la plus attentive ne fait entendre aucun souffle; mais, à la main et à l'oreille, on sent nettement un second centre de battements. L'articulation sterno-claviculaire correspondante ne paraît point envahie; engorgement des ganglions post-cervicaux qui n'existe point dans les régions sus-claviculaires et axillaires.

Les bruits du cœur sont faibles, mais non altérés. Pas d'inégalité entre les deux poulx. La peau de la face est gonflée et comme le siège d'un œdème dur qui ne garde pas l'impression du doigt; les deux paupières sont œdématisées, la droite surtout; les conjonctives sont injectées et il y a une tendance à l'épiphora. Sur la cornée de l'œil droit, on remarque une taie jaunâtre avec légère déformation de la pupille (kérato-iritis ancienne), sycosis très ancien au-dessous du nez.

Le malade a maigri depuis dix-huit mois, mais de la moitié inférieure du corps seulement; les jambes et le ventre sont petits et contrastent singulièrement avec le développement du buste et de la face; les bras même ont un volume relatif bien supérieur à celui des jambes.

La sonorité de la poitrine est normale, la respiration est légèrement affaiblie du côté droit, comme si la bronche droite avait subi un commencement de compression. L'expectoration est muqueuse, sans caractères. Cornage dans les grandes inspirations, principalement quand le malade dort. Par moments, gêne de la déglutition n'allant pas jusqu'à faire rejeter les aliments solides, mais forçant le malade à boire après chaque bouchée.

Le diagnostic le plus rationnel est celui d'anévrysme de la crosse de l'aorte; cependant, la dureté de la tumeur, l'absence de battements d'expansion, le développement considérable de tout le réseau veineux sous-cutané du cou, de la partie supérieure du tronc et des membres supérieurs, pourraient faire soupçonner une tumeur du médiastin ayant pour point de départ la face postérieure du sternum. Traitement: repos absolu; application de glace; iodure de potassium, 2 gr.

Du 5 mai au 14 juin. L'état général et local est sensible-

ment le même ; la tumeur présente la même consistance, mais ses battements ont à peu près disparu. A la visite du soir, cornage plus marqué, respiration difficile. La nuit est cependant bonne. Le lendemain matin, le malade se lève, mais à peine a-t-il quitté son lit, qu'il s'affaisse et meurt subitement.

AUTOPSIE.—Après avoir incisé le grand pectoral, on trouve à la face profonde de ce muscle, tout près de la clavicule et empiétant sur la poignée du sternum, une tumeur du volume d'une mandarine, molle, fluctuante et qui, ayant été ouverte accidentellement, donne issue à un liquide de couleur chocolat.

Au-dessous de la clavicule et du sternum, à la face profonde des muscles sous-hyôidiens, existe une autre tumeur d'une dureté ligneuse dans tous ses points, en rapport avec la trachée qu'elle comprime légèrement, sans cependant faire corps avec elle. Ces deux saillies sont deux expansions d'un anévrysme qui a perforé le sternum.

Développé au niveau de l'origine de la portion transversale de l'aorte, cet anévrysme, du volume d'une tête de fœtus, comprime tous les autres vaisseaux de la région, sans cependant les oblitérer. La veine cave supérieure est, en effet, totalement libre, ainsi que le tronc brachio-céphalique artériel, les artères carotide primitive et sous-clavière gauches ; seul, le tronc brachio-céphalique veineux gauche fait corps avec la tumeur et est transformé en cordon fibreux à son niveau. Cette tumeur est dure, également résistante dans tous ses points ; en l'incisant, on la trouve, en effet, totalement remplie par des caillots durs formant une masse énucléable. Une section pratiquée au milieu de cette masse montre qu'elle est formée par des couches stratifiées, facilement séparables, de coloration jaunâtre, sauf dans la partie la plus centrale, où les couches d'origine plus récente ont une coloration noirâtre et une résistance beaucoup moindre. En aucun point les caillots n'ont subi de calcification. L'anévrysme étant ainsi vidé de son contenu, on constate que sa face interne est irrégulière, tomenteuse et qu'il adhère intimement à la face postérieure de la poignée du sternum et des deux premières côtes. Ces parties osseuses sont rugueuses, dénudées et ont subi un travail de résorption considérable.

Dans un point, le tissu osseux a complètement disparu, et le sternum présente une ouverture par laquelle fait hernie la première poche précédemment décrite. Le caillot qui remplit cette ouverture est jaunâtre, résistant,

vraisemblablement d'origine ancienne et devait intercepter toute communication entre la tumeur sous-cutanée et la poche principale située dans le thorax. ce qui expliquerait ainsi la disparition des battements notée dans les derniers temps de la vie. L'embouchure des troncs artériels émergeant de la crosse de l'aorte est libre: la portion transversale de cette dernière est également libre, et comme l'anévrysme était complètement rempli de caillots, le sang venant du cœur était lancé dans sa direction normale.

A l'origine de l'aorte, autre anévrysme du volume d'une grosse noix en voie de formation, sacciforme, communiquant avec le vaisseau au moyen d'un orifice large comme une pièce de 0,50 centimes, à bords arrondis et lisses. Au niveau des deux anévrysmes et dans tout le reste de son étendue, la crosse de l'aorte est infiltrée de plaques athéromateuses jaunâtres et molles. L'artère pulmonaire, d'aspect normal, ne communique point avec l'aorte.

Le cœur est légèrement hypertrophié. Les valvules aortiques sont saines et suffisantes; il en est de même des valvules mitrale et tricuspide. Dans le reste de son étendue, l'aorte thoracique paraît légèrement dilatée, mais elle conserve une forme régulière. Près de l'orifice du diaphragme, au niveau des onzième et douzième vertèbres dorsales, elle présente un nouveau renflement anévrysmal. Développé au niveau de la face postérieure de l'aorte, ce troisième anévrysme a le volume d'une mandarine et communique avec la cavité du vaisseau par un orifice circulaire à bords arrondis et lisses, de la largeur d'une pièce de 2 francs. Rempli de caillots anciens et disposés par couches stratifiées, il adhère entièrement à la face antérieure des corps vertébraux qu'il a érodés, sans que pourtant le travail de résorption osseuse se soit propagé jusqu'au canal vertébral. Enfin, particularité très remarquable, on trouve au niveau de cet anévrysme, vers la partie latérale droite du corps vertébral, près de l'apophyse transverse, une saillie osseuse anormale du volume d'une noisette, lisse et régulière. Les cinq vertèbres situées au-dessus, et par conséquent dans la région où l'aorte est restée relativement très saine, présentent au niveau de leur partie antéro-latérale des exostoses de même nature, mais beaucoup plus volumineuses; l'une d'entre elles a le volume d'une noix. Elles sont situées un peu à droite de l'aorte et ne lui sont pas contiguës. Les autres organes ne présentent aucune altération notable.

M CHAUFFARD a eu tout récemment l'occasion de faire

l'autopsie d'un individu mort d'un anévrysme de l'aorte et qui ne présentait, non plus, aucune hypertrophie cardiaque.

M. HANOT rappelle que, dans un cas qu'il a publié de compression de l'artère pulmonaire par un anévrysme de l'aorte, le cœur était extrêmement atrophié. Cette atrophie a été du reste formellement notée par Stokes. M. Hanot ajoute que, dans sa thèse sur les *hypertrophies et les dilata-tions primitives du cœur*, M. Pitres a relevé l'état du cœur dans les cas d'anévrysme de l'aorte et qu'il a trouvé le cœur, tantôt hypertrophié, tantôt atrophié, tantôt normal.

17. M. DURET dépose sur le Bureau de la Société un ouvrage du Dr Gaillard qui demande le titre de *membre correspondant*.

18. M. CORNIL fait don à la Société d'un *microscope*.

Séance du 23 juin 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

19. Étranglement interne par une bride fibreuse épiphloïque ; par M. BOULEY, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., âgé de 76 ans, entré le 19 juin 1882, à l'hôpital Tenon, salle Gérando, service de M. RENDU.

Ce malade se présente à la consultation à la dernière extrémité, faciès profondément cachectique, yeux excavés, pouls petit, misérable, presque imperceptible. Il meurt quelques minutes après son arrivée dans la salle. Les renseignements que nous avons pu recueillir de la famille nous ont fait voir que l'affection à laquelle avait succombé le malade présentait tous les symptômes de l'étranglement interne

vulgaire. L'individu était d'une bonne santé habituelle. Il n'avait jamais eu auparavant aucun symptôme ni du côté du tube digestif, ni du côté de l'abdomen.

La maladie a débuté le jeudi matin, assez soudainement, sans cause occasionnelle appréciable ; c'est à peine s'il avait eu un peu de malaise les jours précédents. Mais jeudi, après son repas du midi, L... a été pris de nausées et de vomissements qui se sont répétés plusieurs fois dans la journée. Les vomissements ont persisté le vendredi, en même temps, constipation absolue. Un médecin consulté a cru à une indigestion, il a ordonné un purgatif. Le patient est allé de mal en pis. Les vomissements ont continué samedi et dimanche : absence aussi d'émission de matières fécales ou de gaz par l'anus. La fièvre s'est allumée, l'état général s'est aggravé ; mais c'est le lundi seulement qu'il s'est décidé à se faire conduire à l'hôpital où il est mort à son arrivée.

La maladie avait duré du jeudi matin au lundi matin, c'est-à-dire 4 jours complets.

AUTOPSIE.—A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit l'intestin grêle fortement dilaté. De plus, quelques anses intestinales sont fortement injectées. Ce sont les anses intestinales étranglées.

L'étranglement est constitué par une bride fibreuse, blanchâtre, nacrée, très petite, analogue à un fil, et que nous pouvons assez bien comparer pour l'aspect et le volume à un crin blanc de cheval. Cette bride fibreuse dépend du grand épiploon, duquel elle se détache par ses deux extrémités, de sorte que l'anneau d'étranglement est constitué la moitié par le grand épiploon, la moitié par la bride fibreuse. Deux anses d'intestin grêle avec leur portion de mésentère correspondant sont enserrées par cet anneau.

L'étranglement véritable n'existe qu'au niveau de la bride fibreuse. A cet endroit, en effet, l'intestin est étranglé par la bride, absolument comme si l'on avait posé un fil, si bien qu'on ne peut imprimer aucun mouvement à l'intestin, ce qui se fait assez bien du côté opposé, c'est à-dire au niveau de la portion de l'anneau constitué par le grand épiploon. De plus, au-dessus de la bride fibreuse, l'intestin est dilaté, et les deux anses intestinales comprises dans l'anneau offrent une coloration rouge, un peu violacée ; mais il n'y a nulle part trace de gangrène, et, à l'intérieur, la muqueuse injectée ne présente pas d'ailleurs d'ulcération. Au-dessous de la bride, au contraire, l'intestin est rétracté, resserré sur lui-même, et n'excède pas en volume celui du petit doigt. Pas trace de péritonite. L'anneau d'é-

trangement était situé, dans l'abdomen, à peu près sur la ligne médiane, au niveau de la colonne vertébrale, et siégeait, sur l'intestin, à 60 cent. environ au-dessus du cœcum. Les deux anses intestinales herniées offraient une longueur de 70 cent.

Il est bien facile de voir que la bride fibreuse est bien une dépendance de l'épiploon, et n'est pas consécutive, par exemple, à une péritonite. Il n'y a trace d'inflammation nulle part, et, en outre, en tirant sur l'épiploon, on peut détacher des brides fibreuses absolument semblables, comme minceur et comme aspect, à celle dont il est question dans notre observation.

Poumons : Emphysémateux, non congestionnés. *Cœur*, athéromateux. Plaque d'athérome dans les deux valvules aortique et mitrale. La crosse de l'aorte très athéromateuse offre une dilatation sénile très marquée. *Rate* diffluente. *Foie* gras. *Reins* congestionnés.

20. Alcoolisme. — Méningite suppurée latente ; par
M. CHARRIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Daniel (Auguste), âgé de 45 ans, profession cocher, est entré le 10 juin 1882, salle Jenner, lit n° 5, service de M. LASÈGUE.

Cet homme est amené le 10 juin, vers 11 heures du matin, dans un demi-coma dont on parvient à le tirer par intervalles en l'interpellant vivement. Les personnes qui l'accompagnent donnent sur lui les renseignements suivants : C'est un alcoolique avéré qui paraissait néanmoins se porter assez bien et avait continué son travail habituel jusqu'au matin du 10 juin, moment auquel il tomba brusquement en lavant sa voiture. Immédiatement après cette chute, suivie d'un état comateux, le malade a été conduit à l'hôpital.

Il est dans son lit couché sur le dos, répondant quelquefois par monosyllabes quand on l'interroge avec vivacité. Les yeux sont à demi-ouverts, les pupilles égales et moyennes, les muscles de l'œil sans paralysie ; la face est médiocrement colorée, la langue humide, légèrement blanche, la peau un peu chaude (T. A. 38°), le pouls à 94. Pas de vomissements. Pas de paralysie ; sensibilité diminuée, sans anesthésie véritable surtout sur les téguments des membres inférieurs. Sphincters intacts. Pas de contracture. Pas de convulsions. Pas de tympanisme. Ni constipation, ni diarrhée. Rien du côté des viscères.

11 juin. Le malade est dans un délire tranquille; il interrompt ses chevaux, sa parole est souvent embarrassée. Même état que la veille sous les autres rapports. Comme la veille, rien au cœur, ni au foie, quelques râles de bronchite fort discrets aux deux bases. Pas d'albumine.

12 juin. Le malade est en plein délire professionnel. Il est couché sur le dos, les deux mains tirent sur le cordon attaché à la traverse de son lit, conduisant ses chevaux, se servant du cordon comme des rênes, interpellant les autres cochers. Quand on lui parle, il a de temps à autre des réponses sensées. Les hallucinations sont surtout visuelles. T. 38°.1. Pouls 96, régulier. Chloral. Purgation.

13 juin. Mort brusquement, a déliré tranquillement jusqu'aux derniers moments.

AUTOPSIE. — Légère congestion des deux bases des poumons. Foie à peine gros. Rate normale. Reins normaux. Cœur sain. Pas d'épanchement dans les plèvres ou dans le péricarde.

Pas de trace de traumatisme sur la tête ou le reste du corps. A l'ouverture de la boîte crânienne, injection forte des méninges de la convexité, peu adhérentes d'ailleurs. A la base, on trouve un exsudat jaunâtre, mou, épais, confluent au niveau de la protubérance, englobant les nerfs moteur oculaire commun et oculaire externe, envoyant des prolongements sur la grande circonférence du cervelet, en avant vers les scissures de Sylvius. Au microscope on reconnaît du pus; nulle part de tubercule. On retrouve quelques petites plaques de pus peu considérables du reste sur les parties latérales des hémisphères, l'une au niveau du pli courbe du côté droit, l'autre du même côté et à un centimètre en avant, une troisième à gauche au milieu de la pariétale ascendante. Les méninges, au niveau de l'exsudat comme ailleurs, se détachent facilement. La substance cérébrale paraît intacte. La coupe des hémisphères ne révèle rien de spécial.

21. Rapport sur la candidature de M. A. Gombault.

M. Albert Gombault, médecin des hôpitaux qui sollicite aujourd'hui vos suffrages, a fait en 1871 sa première communication à la Société anatomique : il présentait un cas de fracture non consolidée des deux os de la jambe, datant de la première enfance et constatée chez une femme de 80 ans.

Depuis cette époque, M. Gombault vous a remis chaque année un certain nombre de notes relatives à l'examen histologique de pièces présentées devant la Société. Parmi les plus importantes, je mentionnerai l'examen histologique du bulbe rachidien d'un homme mort de la rage, présenté par M. Balzer. Dans cette note, il est fait mention, pour la première fois en France, tout au moins, d'altérations très prononcées des vaisseaux du bulbe, altérations consistant dans une infiltration considérable des gaines péri-vasculaires par des leucocytes et l'aspect moniliforme que présentent en conséquence les vaisseaux ainsi affectés. M. Gombault faisait remarquer d'autre part la localisation particulière de la lésion manifestement prédominante au niveau du plancher du quatrième ventricule, c'est-à-dire au voisinage immédiat des noyaux d'origine des nerfs dont la fonction est le plus profondément troublée dans la rage.

Voici maintenant deux communications qui, pour n'avoir pas la grande importance de la précédente, sont cependant fort instructives :

1° L'examen histologique d'un adénome du foie présenté par M. Delaunay. La tumeur était volumineuse, unique, en grande partie détruite par d'abondants épanchements sanguins. Il s'agissait par conséquent d'une forme rare de cette variété de tumeur du foie.

2° L'examen d'un foie atteint de cirrhose d'origine biliaire présenté par M. Delaunay. Ce cas est peut-être le premier fait qu'on ait invoqué pour montrer que la cirrhose hépatique d'origine biliaire pouvait dans certaines circonstances coïncider avec l'atrophie de l'organe. (Charcot et Gombault : Contribution à l'étude anatomique des différentes formes de la cirrhose du foie.)

Je laisse de côté un certain nombre d'autres notes et présentations pour vous rappeler les points principaux d'une communication qui vous a été faite récemment par M. Gombault, elle a trait aux altérations des nerfs périphériques dans la névrite parenchymateuse. Le fait important mis en relief par cette étude, c'est que la dégénération walérienne n'est pas la seule altération que puisse en pareil cas présenter la fibre nerveuse. A côté d'elle, se rencontre une autre lésion, la névrite segmentaire différente de la première par son étendue moindre, mais surtout par son évolution, car elle n'aboutit pas d'une façon nécessaire à la destruction de la fibre qu'elle atteint. En montrant que la névrite segmentaire peut se terminer par la dégénération wallérienne, en montrant que ces deux lésions peuvent être considérées comme deux étapes d'un même processus, ces recherches

ont jeté un certain jour sur l'évolution anatomique de la névrite parenchymateuse jusqu'ici demeurée fort obscure si on la considère dans ses phases initiales tout au moins. Si, en effet, dans les cas expérimentaux, et dans ceux où la névrite succède à un traumatisme, il est facile de saisir la cause de l'interruption de la fibre nerveuse, cette cause est infiniment plus difficile à dégager dans les cas de névrite spontanée, et il n'est possible de comprendre ces derniers qu'en supposant l'existence d'une phase préparatoire en quelque sorte, phase qui pourrait être dénommée phase préwallérienne de la névrite. La constatation des lésions segmentaires est venue combler cette lacune et donner dans une certaine mesure un corps à cette hypothèse.

22. Rapport à l'appui de la candidature de M. Marie;
par M. P. MERKLEN.

Permettez-moi de vous rappeler une présentation qui vous a été faite dans une des dernières séances de la Société par M. Marie ; il s'agit d'une malade de 26 ans, paralysée des quatre membres depuis 1878, n'ayant jamais éprouvé de douleurs ni de troubles de la sensibilité, dont les réflexes tendineux étaient fort exagérés aux quatre membres, et qui présentait des troubles respiratoires dus à un défaut presque absolu du fonctionnement du diaphragme, ce sont ces troubles mêmes qui ont amené, dans le courant de cette année, la mort par asphyxie de cette malade.

A l'autopsie, fibro-mixômes multiples dans le canal rachidien comprimant la partie supérieure de la moelle cervicale et sur le trajet des nerfs de la queue de cheval ; autres tumeurs de même nature dans le sillon transvers du foie, au niveau du hile des poumons, de la base du cœur, des espaces intercostaux, etc....

L'examen histologique a donné les résultats suivants : Dans la moelle, dégénération descendante des faisceaux pyramidaux, croisés de l'un et l'autre côté sans lésion des faisceaux de Türeck ; pas de traces de dégénération ascendante. Aucune lésion des enveloppes de la moelle.

Les coupes pratiquées sur les tumeurs isolées ont permis de vérifier le diagnostic anatomique de fibro-myxome porté au moment même de l'ouverture du cadavre. On a constaté que l'élément conjonctif fasciculé était, en certains points, très nettement prédominant, tellement qu'on aurait pu être tenté d'en faire purement et simplement du fibrome. Celles qui ont été faites sur les tumeurs dévelop-

es sur le trajet des nerfs de la queue de cheval ont montré l'envahissement et la dissociation des faisceaux nerveux et le tissu morbide et les altérations des tubes nerveux terminées par celui-ci. Quant à la tumeur cutanée, elle rapproche bien, par certains points, de la constitution des tumeurs des autres organes, mais l'élément myxome y est, pour ainsi dire, plus représenté ; le fibrome seul a persisté, et, en somme, c'est bien plutôt un fibro-sarcome, qu'un fibro-myxome.

La présentation de M. Marie nous a semblé intéressante sous plusieurs titres, d'abord à cause de la rareté relative des faits analogues contenus dans les Bulletins de la Société anatomique où on ne trouve que les faits de MM. Marchand, Bissaud, Bouilly, Ledentu, ayant trait à des myxomes développés sur des troncs nerveux, mais il ne s'agit que de troncs nerveux périphériques, tels que le cubital, le sciatique. M. Féré a communiqué deux cas de compression médullaire par un myxome qui avait pénétré de dehors en dedans dans la cavité rachidienne, mais, dans tous ces cas, la tumeur était unique.

Nous ferons aussi remarquer en même temps que le grand nombre des tumeurs décrites dans le cas de M. Marie, leur situation spéciale sur le trajet des faisceaux nerveux, à tel point qu'il semble rationnel de considérer que toutes ces tumeurs, même celles qui sont situées dans le médiastin et le long de la colonne vertébrale comme ayant aussi, une origine analogue ; cela est d'autant plus probable, que ces dernières étaient très nettement situées sur le trajet des fibres du grand sympathique.

Signalons aussi l'absence de toute lésion inflammatoire des enveloppes de la moelle, à l'inverse de ce qui s'observe généralement dans les cas de compression de cet organe ; et cette absence même d'inflammation qui permet sans peine d'expliquer que, pendant tout le cours de son affection, la malade n'ait pas ressenti de douleurs, ou qu'elle n'ait ressenti que d'une façon toute passagère.

Séance du 30 juin 1882.

PRÉSIDENTE DE M. DURET.

23. M. ARON montre une *tumeur hépatique de la capsule surrénale* avec infiltration cancéreuse du foie.

24. M. BAZY lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail sur l'*anatomo-pathologie de la grenouillette*.

25. M. BABINSKI montre des *préparations histologiques* d'une forme spéciale de *cirrhose hépatique*, trouvée chez un jeune homme mort de fièvre typhoïde.

26. M. QUEYRAT présente une *tumeur de l'ombilic* qu'il considère comme un épithélioma tubulé à cellules cylindriques.

M. CORNIL, d'après l'examen à l'œil nu, s'appuyant sur ce que le grattage ne donne pas de liquide grumeleux, pense qu'il s'agit peut-être plutôt d'un papillome.

M. QUEYRAT dit que tel avait été en effet le diagnostic chirurgical fait avant l'opération, mais que le diagnostic histologique fait dans le laboratoire de M. Damaschino a été épithélioma cylindrique.

27. *Hernie du testicule d'origine tuberculeuse* ; par M. le Dr Paul RECLUS, chirurgien des hôpitaux.

La pièce que je vous présente offre un cas des plus nets de hernie du testicule d'origine tuberculeuse.

Je laisse de côté l'histoire clinique du malade, homme de 57 ans, marchand de vins, grand alcoolique et qui, malgré une apparence robuste, est évidemment tuberculeux. Lorsque nous avons vu ce malade, entré à la Pitié dans le service de M. Verneuil, les organes génitaux présentaient des altérations multiples : à droite, masse tuberculeuse dans le testicule et l'épididyme ; une fistule témoigne en-

du ramollissement d'un foyer caséeux. Le cordon est dur. La prostate est bosselée et dure. A gauche, l'enveloppe scrotale ulcérée livre passage à une tumeur foncée qui n'est autre que le testicule hernié. M. Verneuil décide à en faire l'ablation. Avec le thermo-cautère, ilève non seulement la tumeur située hors des bourses, mais l'épididyme lui-même volumineux et bosselé. Voici la description de cette pièce intéressante.

L'enveloppe scrotale a une perte de substance elliptique de 1,05 centim. dans son plus grand diamètre. Elle livre passage à une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, ovoïde et qui représente bien un testicule hernié, mais l'albuginée cependant aurait subi des modifications profondes.

La surface de la tumeur est, en effet, légèrement irrégulière, tomenteuse. Les granulations qui la revêtent sont blanches, parfois opalines et demi-transparentes, parfois pâles ou jaunâtres, mais parfois aussi d'un rose assez vif. Elles forment des groupes peu abondants qui s'élèvent de 1 à 2 millimètres de la membrane qu'elles piquent de points blancs ou rouges. Ce sont bien là les bourgeons charnus naissant comme à regret » décrits par Deville.

Cette membrane granuleuse devient ecchymotique en arrivant à l'anneau du scrotum qui l'étreint et sous lequel elle s'enfoncé d'un demi-centimètre environ, puis se réfléchit formant un cul-de-sac sur les enveloppes du testicule et finit par s'unir à la peau œdématiée.

En effet, l'anneau scrotal qui étreint le testicule en arrivant, au niveau de son union avec l'épididyme, est violacé, dur, mateux. Lorsqu'on dissèque les diverses couches qui le composent, on trouve dans son épaisseur deux foyers tuberculeux dont l'importance nous paraît fort grande au point de vue de la pathogénie du fungus. En effet, il n'existe pas un point par où les masses tuberculeuses de la glande même se soient fait jour au dehors, ce n'est donc point la formation d'un foyer profond qui a détruit les enveloppes du testicule et permis à l'organe de s'échapper par cette voie agrandie. Il est évident que des abcès tuberculeux comparables à ceux que nous allons décrire se sont développés dans les tuniques qu'elles ont ramollies et détruites.

Le premier foyer que nous avons trouvé a le volume d'un pois. Il est situé en haut, en pleine épaisseur des tuniques fusionnées et qu'il est impossible de séparer les unes des autres. Ce noyau est diffus à son centre, jaunâtre, mais, sur le pourtour, il rappelle des bourgeons charnus ecchymotiques de certaines tumeurs blanches.

Le second foyer est beaucoup plus volumineux et logerait une grosse amande. Il contient une matière puriforme et ses parois, d'une coloration vineuse, sont tapissées de bourgeons charnus villeux, étroits, d'un diamètre de un à deux millimètres, mais dont la longueur dépasse parfois un centimètre. On voit çà et là, dans ces bourgeons demi-transparents, de petits points jaunâtres qui ressemblent aux pépins dans la pulpe des framboises, ce sont évidemment de petits foyers tuberculeux. En certains endroits, l'abcès paraît sur le point de percer la peau; on comprend donc sans peine comment, grâce à l'existence de ces abcès pariétaux, l'ulcération des enveloppes a pu se faire, et le testicule se hernier au travers.

Lorsqu'on fait une coupe antéro-postérieure du testicule, on est d'abord frappé de l'épaisseur de l'albuginée qui mesure de 4 à 6 millimètres. Elle est d'ailleurs profondément altérée. Son tissu est friable, d'aspect lardacé, transformée en tissu embryonnaire au milieu duquel on aperçoit les ouvertures béantes de jeunes vaisseaux. Le parenchyme testiculaire qu'elle renferme paraît au premier abord complètement sain, sauf un œdème assez abondant dû peut-être à l'irritation de l'albuginée enflammée, ou à la gêne circulatoire provoquée par l'anneau scrotal.

Les tubes séminifères sont de coloration normale, on les découvre avec assez de facilité, cependant, çà et là, le tissu prend une teinte laiteuse, comme si la trame conjonctive était plus épaisse, et l'on aperçoit quelques saillies opalines qui ressemblent à des granulations tuberculeuses. Mais ce serait là des productions jeunes et d'une date bien postérieure à celles des parois scrotales que nous avons décrites. On voit donc, comme le disait Deville, que dans ces altérations tuberculeuses d'apparence si grave, la glande proprement dite est souvent à peine touchée par le processus tuberculeux.

L'épididyme forme sous le scrotum une tumeur aussi volumineuse que le testicule, mais, comme nous l'avons du reste démontré depuis longtemps, il s'agit surtout d'une néoformation importante de tissu fibreux, dont la couche, épaisse de plus d'un centimètre, étouffe la substance tubulaire qu'on retrouve avec quelque peine. Nous n'avons trouvé dans cette énorme masse que deux ou trois foyers caséux, dont le plus gros ne dépassait pas le volume d'un pois. Le canal déferent est perdu dans cette péri-épididymite; une véritable sculpture est nécessaire pour le dégager: il est épais, moniliforme et parsemé de foyers caséux.

En résumé, il s'agit d'un type de hernie testiculaire, re-

marquable par l'importance des lésions tuberculeuses périphériques, et par l'absence presque complète de tubercules dans la glande elle-même. Cette pièce éclaire la pathogénie des fongus et montre que l'ulcération des parois n'est pas toujours due à une fistule provenant de l'évacuation d'un foyer profond, foyer testiculaire ou épiddymaire.

Le foyer tuberculeux peut avoir comme siège l'épaisseur des enveloppes.

28. Tuberculose génito-urinaire. — Lésions très étendues dans le rein gauche; par M. A. Pousson, interne des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons est une observation anatomo-pathologique pure, car le malade qui en est l'objet est venu mourir dans le service de M. LE DENTU, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Placide, et nous ne savons rien de son histoire clinique.

C'était un homme de 33 ans, profondément cachectique, toussant depuis plusieurs années et présentant des deux côtés de la poitrine des signes non douteux de cavernes pulmonaires. Il était entré pour des fistules multiples qu'il portait au scrotum. L'examen, à simple vue, la palpation des épiddymes, le toucher rectal ne rendirent pas hésitant le diagnostic : *tuberculose génitale*. Mais, en l'absence de renseignements, on ne pouvait préjuger l'état de la vessie et des reins. Les urines qu'il nous a été donné d'examiner étaient claires; elles laissaient déposer une assez grande quantité de mucus, mais pas de sang; l'acide azotique et la chaleur y révélaient la présence d'une assez forte proportion d'albumine. Le malade est mort le 28 juin 1882.

AUTOPSIE. — Il existe sur le scrotum, du côté gauche, trois orifices à parois légèrement saillantes et indurées qui conduisent sur un testicule profondément altéré. La substance testiculaire n'est plus reconnaissable que dans le tiers inférieur de l'organe et encore est-elle par place infiltrée de noyaux jaunâtres du volume d'un grain de millet. Partout ailleurs, la glande est envahie par de volumineux foyers caséux séparés par un tissu dense, d'apparence fibreuse. L'épididyme n'est plus qu'une masse fibroïde. Les lésions sont bien moins avancées dans le testiculo droit. Il n'y a pas de fistule à la surface du scrotum. L'épididyme induré est semé de noyaux tuberculeux, mais le parenchyme de la glande est indemne, sauf en deux points, aux deux extrémités du grand diamètre. Il existe en effet au-

dessous de la tête et de la queue de l'épididyme, mais dans le testicule lui-même, une véritable caverne remplie d'un pus crémeux, jaunâtre, assez bien lié. La plus volumineuse, celle de l'extrémité supérieure, pourrait loger une petite noisette, l'autre est plus petite. La tunique vaginale, très épaissie, forme paroi à leur surface.

L'urètre, sauf dans ses trois premiers centimètres du côté du méat, est parsemé de granulations tuberculeuses; leur nombre et leur âge augmentent au fur et à mesure qu'on s'approche du col de la vessie. C'est ainsi que la prostate a été complètement détruite par ramollissement tuberculeux et n'offre plus qu'une vaste cavité à parois farcies de granulations jaunâtres, constituant un véritable réservoir à urine ajouté à la vessie. Le col de ce dernier organe n'existe pour ainsi dire plus; il a été détruit par le processus tuberculeux. Tout le bas-fond est également criblé de tubercules ramollis, offrant l'aspect de petites ulcérations à fond jaunâtre.

Les vésicules séminales forment une masse volumineuse en arrière de la vessie. Elles sont soudées au rectum et à la vessie par un tissu fibroïde creusé de vacuoles contenant un magma caséeux. Une de ces vacuoles communique avec la vessie, et un instant on put croire que c'était la cavité d'une des vésicules qui communiquait avec le réservoir urinaire. La cavité des deux vésicules est remplie d'un liquide puriforme jaunâtre, leurs parois sont hérissées de granulations jaunâtres. Les conduits éjaculateurs s'ouvrent largement dans la loge prostatique sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

Du côté droit, l'uretère n'offre aucune altération; les calices et le bassinnet sont aussi indemnes. Quant au rein lui-même, il est très volumineux, congestionné, presque noirâtre: mais l'examen le plus attentif ne révèle nulle part dans son intérieur la présence de granulations tuberculeuses. Il n'en est pas de même du côté gauche. Déjà l'uretère est semé de granulations miliaires et près du bassinnet elles deviennent confluentes et sont dans un état plus avancé de leur évolution. Toute la cavité des calices et du bassinnet est remplie de matière puriforme. L'extrémité des pyramides qui y baignent sont détruites par le processus ulcératif, et près de la moitié de l'épaisseur de la substance médullaire a disparu. L'autre moitié présente çà et là de petits foyers caséeux, variant du volume d'une petite lentille à celui d'une petite noisette, leur coloration blanc jaunâtre contraste avec la teinte rouge foncée de cette substance médullaire. Dans la couche corticale, entre un assez

grand nombre de granulations tuberculeuses conglomérées, il existe trois volumineux noyaux caséeux. Le premier, le plus petit, est placé dans l'épaisseur même de la substance corticale et près de l'extrémité supérieure : il est formé d'un magma assez compact. Le deuxième atteint la périphérie de l'organe et est aussi constitué par une masse caséeuse dense. Le troisième, beaucoup plus volumineux et dans lequel on peut aisément cacher toute la seconde halange du pouce, est situé près de l'extrémité inférieure du rein. C'est une cavité anfractueuse remplie de pus granuleux.

Les différents organes de la cavité abdominale sont sains, à part le foie, qui est gros et très volumineux. Des adhérences fixent tout le lobe supérieur du poumon droit. La paroi costale et de nombreuses cavernules sont creusées dans son intérieur. Le poumon gauche est aussi le siège d'anciens foyers de tubercules ramollis.

RÉFLEXIONS. — Les lésions anatomo-pathologiques que nous venons de décrire n'entraînent après elles aucune considération nouvelle. Elles ne font que confirmer les résultats auxquels sont arrivées les études de M. le professeur Guyon et de ses élèves sur la tuberculose génito-urinaire. Nous ne ferons aucune remarque sur les lésions des testicules, mais, à propos des lésions de l'urèthre et de la vessie, nous rappellerons que chez notre sujet comme chez le très grand nombre des sujets succombant à la tuberculose génito-urinaire, il y avait intégrité de la partie antérieure de l'urèthre (fosse naviculaire) ; par contre la portion prostatique était creusée d'une vaste cavité et dans la vessie les granulations siégeaient surtout au col et au niveau du trigone. Enfin un seul rein, le gauche, ainsi que le note la plupart des auteurs, était le siège de tubercules.

29. Rapport sur la candidature de M. Chantemesse au titre de membre adjoint ; par M. BRAULT.

Parmi les présentations faites à la Société anatomique par M. Chantemesse, il en est une sur laquelle je désire appeler votre attention, parce qu'elle a trait à une question bien agitée depuis quelques années ; je veux parler de l'existence d'une variété d'aphasie à laquelle nos voisins ont donné le nom de cécité et surdité verbales.

M. Chantemesse vous a montré le cerveau d'une jeune

femme de 24 ans qui présentait, à la suite d'une thrombose de la quatrième branche de l'artère sylvienne gauche, un ramollissement jaune occupant la moitié supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans ses 2/3 postérieurs, s'étendant à la plus grande partie du lobule pariétal inférieur et envahissant le lobule du pli courbe et la moitié antérieure du pli courbe lui-même.

Le ramollissement était bien limité à la zone corticale et n'intéressait guère les faisceaux pédiculaires sous-jacents. Au microscope, on y trouvait des corps granuleux. Ailleurs, intégrité absolue des autres parties constituant de l'un et de l'autre hémisphère. La circonvolution de Broca et les faisceaux qui la supportent étaient remarquablement indemnes.

La malade avait succombé à une cachexie tuberculeuse dont elle souffrait depuis plusieurs mois. Trois semaines avant sa mort, elle était devenue subitement aphasique et depuis ce moment, coïncidant avec l'obstruction thrombotique dont nous avons parlé, les phénomènes observés avaient été les suivants : A toutes les questions qu'on lui adressait, la malade regardait attentivement l'interlocuteur et répondait « parce que » ; elle n'offrait aucune paralysie ni de la motilité, ni de la sensibilité, son intelligence était nette. elle se servait correctement de son couteau, de sa fourchette, buvait et mangeait très bien toute seule. La vue et l'ouïe en tant qu'appareils du *sensorium commune* fonctionnaient normalement ; les phénomènes objectifs se réduisaient à ceci : elle ne comprenait pas le sens des paroles qu'on prononçait devant elle et ne pouvait ni lire ni écrire les mots représentés par l'écriture. La plupart des expressions verbales lui semblaient étrangères ; de même elle ne semblait pas avoir conscience de l'inexactitude des mots qu'elle employait et ne s'en irritait nullement. Elle jouait aux cartes volontiers et ne se trompait pas ni sur la valeur ni sur la couleur des cartes qu'elle possédait.

En somme, il s'agissait d'une aphasique dont l'intelligence sans être complète était suffisamment conservée pour mettre en relief un désordre cérébral portant plus particulièrement sur la compréhension des mots parlés et écrits ; les lésions anatomiques étaient bien circonscrites et se montraient là encore dans l'hémisphère gauche et dans les mêmes régions où des observateurs français et étrangers ont voulu localiser la voie d'entrée, le centre percepteur des manifestations du langage artificiel.

30. Hernie ombilicale étranglée à la suite d'une obstruction au cours des matières dans l'intérieur du sac. — Gangrène rapide de l'intestin et de la paroi cellulo interne. — Mort. — Autopsie ; par M. E. DOVEN, interne des hôpitaux.

La nommée F... Marie, âgée de 59 ans, blanchisseuse, entre le 23 juin à 4 heures du soir dans le service de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, salle Richard Wallace, n° 18, à l'hôpital Tenon.

Depuis trois ans au moins, elle porte une grosse hernie ombilicale, survenue à la suite de grossesses répétées. Jamais de bandage. La hernie est bien supportée, sauf une certaine difficulté dans la digestion des aliments végétaux.

Il y a deux jours, cette femme déjeuna presque uniquement de navets mal cuits. Quelques heures après, elle éprouve de la gêne dans la région épigastrique. La hernie se gonfle, grossit dans la nuit. Le lendemain, toute la région ombilicale est tendue, douloureuse.

Inquiète de ne pas aller à la garde-robe, la malade prend un lavement, suivi d'une selle copieuse. Puis, de l'huile de ricin. A partir de ce moment, ni matières, ni gaz ne sortent par l'anus.

La tension de la tumeur s'exagère à la suite du purgatif. Au point culminant, la peau est violacée, insensible. La malade tombe dans la prostration. Ses enfants, inquiets de l'état général, la conduisent à l'hôpital Tenon.

Une énorme tumeur, grosse comme les deux poings, occupe l'emplacement de l'ombilic, rejeté à la partie supérieure droite. La peau, distendue, est verdâtre au centre, brunâtre, violacée à la périphérie, et exhale une odeur de putréfaction. La tumeur est partout sonore. Par le palper, on limite sa large base, dans l'épaisseur des parois abdominales, en avant de l'aponévrose du grand oblique. T. 38°. Le pouls est fort, rapide. La peau sphacelée, semble prête à éclater.

A la visite du soir : ponction aspiratrice avec l'appareil Potain. On obtient des gaz fétides et une petite quantité de érosité sanguinolente comme il s'en trouve d'habitude dans le sac d'une hernie étranglée. La nuit précédente, le matin, il y a eu des vomissements fécaloïdes qui ne se sont pas reproduits durant le séjour à l'hôpital. L'état général est grave. Les extrémités se refroidissent. Potion de Todd. On rend soin de réchauffer la malade durant la nuit. Le lendemain, M. Lucas-Championnière la trouve dans le même

état. Elle se laisse examiner en poussant quelques plaintes. La peau, sphacélée, est incisée. Le liquide du sac s'écoule, et les intestins, gonflés de gaz, font irruption en dehors. Une incision en laisse sortir des matières fécaloïdes où l'on retrouve des fragments de navets mal digérés. M. Lucas-Championnière maintient au dehors, par une ligature, l'anse intestinale réséquée. La région est couverte de charpie phéniquée. Par-dessus, un taffetas gommé, une couche d'ouate et un bandage de corps. Dans l'après-midi, la température est descendue à 35°.2. La malade s'éteint à 7 heures du soir.

AUTOPSIE. — Une incision elliptique isole la masse de la hernie du reste des parois abdominales. Une bride épiploïque, assez tendue, relie le bord inférieur de l'anneau ombilical au collet du sac d'une hernie inguinale gauche épiploïque. Dans l'orifice ombilical s'engorgent à la fois : l'extrémité pylorique de l'estomac et toute la portion mobile du duodénum. L'angle droit du colon, entraînant à sa suite une bonne part des côlons ascendant et transvers. Aucune trace de péritonite récente. La cavité du sac est d'ailleurs absolument isolée de la grande cavité abdominale. Les viscères herniés, plissés comme le collet d'une bourse au niveau de l'anneau ombilical, adhérent à son pourtour par de vieilles adhérences. La hernie est sans doute irréductible depuis longtemps déjà. Dans l'abdomen, quelques brides fibreuses entre les viscères voisins de l'anneau herniaire. La cavité du sac est recouverte d'une véritable séreuse, polie, luisante, analogue du péritoine pariétal, au voisinage de l'ombilic. On y remarque des cloisons incomplètes. L'intestin contenu dans le sac est brunâtre, sans consistance. L'orifice herniaire, mis à nu, offre vingt-cinq millimètres de diamètre. La partie inférieure est mince et tranchante. La veine ombilicale, sous forme d'un étroit cordon fibreux, s'insère au milieu de masses épiploïques à sa partie supérieure droite.

Le foie est gros. Les reins, séniles, présentent de petits kystes urinaires dans la substance corticale amincie et surtout du côté droit. Le cœur est gros. Un peu d'adhérence de la mitrale.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes au point de vue du mécanisme de l'étranglement dans une grosse hernie. L'obstruction au cours des matières dans l'intérieur du sac a été le fait ini-

vomissements fécaloïdes se sont montrés de bonne n'ont pas duré. La portion de l'estomac non com-ns la hernie a pu seule, en effet, évacuer les m-vmies qui n'ont pas présenté les caractères habi-s vomissements fécaloïdes.

ision des matières et du gaz dans l'anse gastro-duo-accrue par les efforts du vomissement et l'action-atif, a déterminé l'étranglement proprement dit-enu de la hernie. Le sphacèle rapide de toute la-s'explique par le contact des tissus exangues avec-des intestinaux et les bols fécaux retenus dans le

Le Secrétaire,

CH. TALAMON.



JUILLET

Séance du 7 juillet 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

1. M. BAZY est nommé membre titulaire. MM. GOMBAULT et OZENNE sont nommés membres adjoints.

2. Luxation sous-astragaliennne en avant et en dehors; par M. le D^r QUÉRET, professeur des hôpitaux.

Nous avons trouvé cette pièce sur un homme d'une cinquantaine d'années, apporté au mois de juin à l'amphithéâtre de Clamart.

Le pied gauche est déformé et en varus: on sent sur la face dorsale, un peu en dehors du scaphoïde, une saillie arrondie, dure et peu mobile sur l'avant-pied.

Les mouvements sont conservés dans l'articulation tibio-tarsienne et les rapports de l'astragale avec sa mortaise paraissent normaux. Le pied a seulement une tendance à rester dans l'extension.

Le talon semble allongé. Nous avons constaté une énorme diminution de volume de la jambe avec atrophie des muscles et infiltration de graisse. La cuisse a pris part également à des altérations, et l'élément graisseux s'y est largement substitué à l'élément contractile.

La peau du pied est doublée, aussi bien à la face dorsale qu'à la face plantaire, d'une couche de graisse dans laquelle il faut disséquer tous les organes. Il n'y a pas de cicatrice sur la face externe, mais seulement un point déprimé au niveau duquel la peau adhère à la saillie osseuse.

Cette première dissection faite, on apprécie très nettement le raccourcissement de l'avant-pied et l'allongement apparent du calcaneum: le tendon d'Achille, à son insertion, est situé à 4 centimètres en arrière du tibia.

Pour bien étudier les nouveaux rapports des os du pied, nous faisons passer une section dans l'axe de l'astragale et le tibia, puis nous ouvrons les interlignes calcanéocuboidien, cuboïdo-scaphoïdien, et cunéo-scaphoïdien. Il est très facile de voir que les os qui concourent à former l'articulation tibio-tarsienne ont gardé leurs rapports réciproques, mais que l'astragale s'est déplacé en avant et en dehors en entraînant avec lui les os de la jambe. Voici quelle est exactement la nouvelle position de la tête astragaliennne : son axe croise obliquement l'axe du pied d'arrière en avant et de dedans en dehors; le centre de la tête pond assez exactement à l'intersection de l'interligne calcanéo-cuboidien et de l'interligne cuboïdo-scaphoïdien; la tête astragaliennne est donc comme à cheval sur l'articulation calcanéo-cuboidienne, elle la déborde de un centimètre et demi, et s'appuie sur le cuboïde et sur la partie la plus externe du scaphoïde. Il résulte de là que nous avons affaire à une luxation ancienne sous-astragaliennne et que, chose habituelle, du reste, l'astragale a conservé des rapports avec le calcaneum; l'extrémité postérieure de l'astragale répond à la rainure calcaneennne, mais il n'y a pas tout de crochet s'engageant dans cette rainure, les deux sont solidement unis par des liens fibreux qui s'opposent toute espèce de glissement. L'astragale semble donc avoir subi un double mouvement de projection en avant et de rotation en dehors autour de son extrémité postérieure comme centre. Il faut ajouter à ce double déplacement un certain degré de transport en masse de l'astragale sur le calcaneum en dehors, en vertu duquel la face externe de l'astragale et la malléole externe font une saillie assez notable en dehors et au-dessus du calcaneum.

La tête astragaliennne a perdu son revêtement cartilagineux, elle est légèrement inégale, revêtue d'une couche fibreuse, la face interne de l'astragale est masquée par une épaisse couche fibreuse qui s'étend de la face interne du scaphoïde et du calcaneum à l'astragale et à la malléole interne.

J'ai dit que la face supérieure de l'astragale avait gardé ses rapports avec les deux os de la jambe, mais il y a quelques modifications intéressantes à signaler dans la direction des parties. Le pied étant constamment dans l'extension, la poulie s'est reportée un peu en arrière, et comme la capsule très épaissie a continué de s'insérer en avant du col, il en est résulté là une petite cavité entre la capsule et le tibia semblant indiquer un déplacement qui n'existe pas. Détail beaucoup plus important, le crochet

qui termine l'extrémité postérieure de l'astragale s'est détaché du reste de l'os, en gardant avec lui la poulie dans laquelle glisse encore le tendon du fléchisseur propre du gros orteil et en conservant sa situation normale par rapport au calcanéum.

Ce petit fragment est mobile : relié d'une part au bord postérieur de la facette articulaire tibiale, et, d'autre part, au calcanéum, il contribue à limiter en arrière la cavité articulaire ; il y a là entre la face postérieure de l'astragale et le fragment un espace qui mesure assez bien le développement de l'os luxé.

Les deux malléoles ne paraissent pas avoir été fracturées : on ne retrouve ni rainures, ni saillies, ni changement de direction ; la malléole externe est peut-être plus épaisse, mais il est possible que cette apparence soit due au tissu fibreux qui s'étend de la malléole à l'astragale. Il n'y a plus de lien ligamenteux entre le péroné et le calcanéum, voilà pour les os et les articulations.

L'artère pédieuse passe en dedans de la tête astragalienne ; elle n'est pas soulevée.

Le muscle pédieux a été déchiré des débris du chef interne s'étendant de la tête osseuse au gros orteil.

Les tendons de l'extenseur commun passent sur la face interne de la saillie osseuse.

Les jambiers antérieur et postérieur ne présentent rien de particulier, mais les tendons des péroniers ont été arrachés de leur gouttière péronière : celle-ci est comblée par du tissu fibreux et les tendons sont écartés de un centimètre et demi du péroné. Nous devons, en présence de ces données anatomiques, commencer par classer notre luxation ; Il est certain qu'elle appartient à la classe des luxations en avant : or celle-ci, d'après la nomenclature de Malgaigne, comprend 3 variétés :

La luxation directe en avant ;

La luxation oblique en dedans ;

La luxation oblique en dehors.

Dans cette dernière, la tête de l'astragale s'est déplacée en dehors, « le corps de l'os ayant seulement exécuté un léger mouvement de rotation sur le calcanéum. » Ce déplacement de la tête astragalienne avec rotation de l'os autour d'un axe vertical a été noté dans notre observation, il faudrait donc l'intituler : *luxation en avant, oblique en dehors*.

Mais, circonstance embarrassante, il y a de plus une projection du corps de l'os en dehors, et la dépression qui siège au-dessous atteste bien la fuite du calcanéum en de-

dans; or, c'est là, d'après Malgaigne, un caractère qui appartient en propre aux luxations en dehors, et qui les distingue nettement des luxations obliques en dehors et en avant. Ce fait ne nous prouve-t-il pas l'arbitraire des divisions généralement reconnues?

Notre cas crée un intermédiaire entre la luxation directement en dehors et la luxation oblique en avant et en dehors; or, celle-ci est une variété de la luxation en avant, d'après Malgaigne. Plus loin, cet auteur assure que les symptômes de la luxation en dehors se rapprochent beaucoup de ceux de la luxation en avant et en dehors; or, l'anatomie pathologique de ces luxations a été faite surtout d'après les signes cliniques. Nous sommes par suite tenté de croire que la luxation en avant, la luxation oblique en avant et en dehors, et la luxation en dehors, ne sont que trois variétés d'une même luxation; la luxation de la tête se faisant sur le dos du pied; ou *luxation dorsale*, que nous opposerions à la luxation se faisant en dedans du tendon du jambier antérieur ou luxation marginale. Dans la luxation en dedans, en effet, ce qui nous frappe, c'est la présence de la tête de l'astragale sur la face interne du scaphoïde, c'est-à-dire sur le bord interne du pied (1). Dans la luxation en avant et en dehors, les tendons extenseurs sont tous en dedans: ils doivent s'opposer, même sans grande contraction musculaire, à la façon de cordes purement maintenues, tendues, au mouvement de rotation qui serait nécessaire à la réintégration de la tête dans sa cavité. La théorie de la constriction exercée par les tendons sur le col de l'astragale, pour expliquer l'irréductibilité des luxations sous-astragaliennes, a été délaissée pour d'autres explications au premier abord plus séduisantes. Desault incriminait l'étroitesse de l'ouverture capsulaire; Dupuytren examina la théorie de l'engagement du crochet postérieur de l'astragale dans la rainure de la face supérieure du calcanéum, et Nélaton lui apporta l'appui d'une observation dans laquelle cet engagement existait bien réellement.

Malgaigne semble accepter cette dernière opinion: « L'onglet presque tranchant qui termine l'astragale en arrière s'engage dans la rainure qui sépare les deux facettes articulaires du calcanéum, et il faut une forte traction pour l'en dégager. »

On a même proposé, pour faciliter ce dégagement, la section du tendon d'Achille, et Malgaigne ajoute qu'il a à

(1) Voir la planche XXX de l'Atlas de Malgaigne.

citer un beau succès dans une luxation oblique en dehors (Crosse, 1849).

Notre pièce nous paraît porter un coup sérieux à la théorie de l'enclosement de l'onglet; il n'est pas admissible que, chez notre homme, on n'ait pas fait quelques tentatives pour guérir une déformation si apparente et si gênante pour la marche; or, nous avons soigneusement noté que l'extrémité postérieure de l'astragale s'était détachée du reste de l'os, s'était fracturée et avait gardé sa situation normale; ici donc, l'onglet a été absolument innocent.

La déchirure de la capsule ne nous satisfait pas davantage, elle explique mal l'irréductibilité des luxations en dehors; les ligaments dorsaux sont en effet très minces; ils sont forcément rompus, et l'ouverture entre le cuboïde et le ligament astragalo-scaphoïdien, d'ailleurs parfois déchiré, reste assez grande pour livrer passage à la tête astragaliennne. Restent donc les tendons, et peut-être l'inclinaison du dos du pied qui oblige la tête astragaliennne, dans les luxations dorsales, à gravir un véritable plan incliné. M. Després, à l'occasion de notre présentation à la Société anatomique, a rapporté, à l'appui de notre thèse, l'histoire d'une luxation sous-astragaliennne observée à Cochin, pour laquelle il fut obligé de pratiquer l'amputation de la jambe. Or, sur cette pièce, à l'amphithéâtre, on ne put réduire qu'après avoir sectionné les tendons.

Comme conclusion, nous croyons qu'il sera très utile de s'attacher désormais à préciser autant que possible la situation des tendons par rapport à la tête de l'astragale. Notre pièce démontre que, dans la luxation en avant et en dehors et dans la luxation en dehors, ils ne peuvent être qu'en dedans.

La planche de Malgaigne nous apprend leur situation en dehors pour les luxations en dedans; restent les luxations directement en avant dont il n'existe que deux cas authentiques et pas d'autopsie. Dans l'un d'eux, celui du professeur Carmichael, la réduction fut extrêmement pénible; dans l'autre, on ne put l'obtenir: la tête paraissait reposer au-dessus du scaphoïde et du cunéiforme. Peut-être faut-il admettre, pour cette variété, un étranlement entre les tendons extenseurs et le tendon du jambier antérieur.

CONCLUSIONS. — A. Il n'existe aucun caractère différentiel bien tranché entre les luxations en avant, les luxations en avant et en dehors et les luxations en dehors. Dans toutes ces variétés, il y a un caractère commun, c'est la

situation de la tête de l'astragale sur le dos du pied, en dehors du tendon du jambier antérieur. Nous proposons d'en faire un groupe : les luxations dorsales, qu'on pourra subdiviser en luxations :

1° Directes en avant. 2° Obliques en avant et en dehors, avec ou sans translation en dehors. 3° Directes en dehors et en avant (en dehors de Malgaigne).

Les luxations sous-astragaliennes, dont la nomenclature est si complexe, se trouveraient ainsi ramenées à trois types : 1° les luxations dorsales; 2° les luxations marginales (et en dedans); 3° les luxations en arrière (1).

B. L'irréductibilité des luxations sous-astragaliennes nous paraît reconnaître les tendons pour cause principale.

3. Deux cas peu conformes aux localisations cérébrales;
par M. le Dr Henri BLAISE, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

OBSERVATION I. — Hémiplégie droite avec contracture permanente. — Autopsie : hémisphère gauche intact, ainsi que les pédoncules, la protubérance, le cervelet et la moelle; — dans l'hémisphère droit, foyer ocreux linéaire sur la face externe du putamen (coupe frontale ascendante); — foyer de ramollissement cortical sur le lobule fusiforme.

Louise Bénézech, revendeuse, âgée de 67 ans, est entrée le 29 avril à l'Hôpital général. Tout ce qu'on peut savoir sur le compte de ses parents, c'est qu'ils sont morts âgés; son frère, également à l'hôpital, a eu une attaque qui a entraîné une légère hémiparésie gauche.

Cette femme paraît avoir constamment joui d'une bonne santé. Néanmoins, à l'âge de 50 ans, elle a eu un ver solitaire dont on l'a débarrassée d'ailleurs assez facilement.

En 1876, elle a eu une légère attaque avec perte de connaissance très courte qui ne laisse qu'un peu de parésie du côté droit, surtout marquée au membre inférieur. Pendant la marche, elle traînait fortement le pied sur le sol et était obligée de s'appuyer sur un bâton. En 1879, nouvelle attaque, survenue pendant la nuit, qui entraîne une aggravation de l'hémiplégie. A partir de ce moment, la parole

(1) L'histoire des luxations en arrière est à faire, car elle ne repose que sur un cas où le déplacement ne fut reconnu que plusieurs mois après l'accident.

est embarrassée. Au bout d'un mois environ, le membre supérieur se raidit ; il s'établit une contracture permanente qui va s'accroissant de plus en plus, en même temps que le membre est frappé de tremblement. La sensibilité aurait toujours été intacte au dire de la malade.

A son entrée à l'hôpital, B... présente un œdème des pieds remontant au-dessus des malléoles, surtout marqué le soir. On constate tous les signes physiques de l'insuffisance mitrale.

Au mois de juin 1881, l'œdème des membres inférieurs augmente considérablement ; il envahit entièrement les jambes et la partie déclive des cuisses. La pression du doigt détermine une cupule profonde aux pieds et à la partie inférieure des jambes. A ce moment, on constate l'état suivant : pas d'asymétrie faciale, même lorsque la malade rit ; la pointe de la langue n'est pas déviée, mais la parole est lente, très embarrassée, presque inintelligible. Au membre supérieur droit, raideur considérable de l'épaule, qui ne permet guère d'écarter le membre du tronc. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras ; le poignet est également fléchi à angle droit sur la face antérieure de l'avant-bras ; les premières phalanges sont fortement fléchies sur la paume de la main, les autres phalanges étant en extension. Au dynamomètre, 24 à gauche ; à droite, la main ne peut saisir l'instrument.

Les réflexes tendineux sont partout exagérés dans le membre supérieur droit ; au membre inférieur correspondant, ni exagération des réflexes, ni contracture. La sensibilité est partout intacte.

Le 1^{er} août 1881, la malade succombe à un œdème pleuro-pulmonaire très intense.

AUTOPSIE. — L'hémisphère gauche ne présente aucune lésion corticale, les coupes de Pitres ne révèlent aucune lésion centrale.

L'hémisphère droit présente à sa face interne un foyer de ramollissement cortical qui occupe la partie postérieure du lobule fusiforme et qui s'étend jusqu'à un centimètre environ de l'extrémité postérieure du lobe occipital. Sur la coupe parallèle au sillon rolandique et qui passe par la scissure perpendiculaire externe, on voit que ce foyer s'étend à la substance blanche sous-jacente sur une profondeur moyenne de 5 à 7 millimètres.

Les coupes de Pitres font voir l'existence d'un foyer ocreux linéaire occupant, sur la coupe frontale, la moitié

supérieure de la face externe du putamen. Sur les autres coupes, la substance cérébrale est absolument saine.

Les pédoncules, le bulbe, la protubérance, le cervelet, la moelle, examinés avec beaucoup de soin, soit extérieurement, soit intérieurement à l'aide de coupes, ne présentent aucune lésion. On ne trouve, à l'œil nu, aucune trace de dégénérescence descendante. En écartant les lèvres du sillon médian antérieur du bulbe, on trouve des indices de décussation des pyramides; mais l'examen histologique n'a pas été pratiqué.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un cas d'hémiplégie sans lésion de l'hémisphère du côté opposé. Peut-on la faire rentrer dans les cas d'hémiplégie cérébrale avec lésion de l'hémisphère du même côté? Nous ne le pensons pas. Ces faits se rapportent en effet à l'absence de la décussation des pyramides. Tel n'est pas notre cas, et, d'ailleurs, en supposant qu'il en fut ainsi, il serait difficile de rapporter l'hémiplégie à la lésion si minime du noyau lenticulaire droit. Quant au foyer de ramollissement cortical du lobule fusiforme, il est évidemment sans rapport avec les symptômes observés.

OBSERVATION II. — *Hémianesthésie gauche incomplète, sans participation des sens spéciaux. — Autopsie : aucune lésion du faisceau sensitif;—léger foyer de ramollissement au niveau de l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral droit.*

Alexis Sirgues, 61 ans, cultivateur, est entré à l'Hôpital général le 16 mai 1881.

Son père, rhumatisant, est mort vers l'âge de 65 ans; sa mère, vers l'âge de 55 ans, de maladies inconnues. Lui-même, d'une intelligence très médiocre, a toujours joui d'une bonne santé. Cependant, depuis quelques années, il s'enrhume fréquemment pendant l'hiver. Marié, il a eu six enfants, dont cinq sont morts jeunes de maladies qu'il ne peut préciser. L'enfant qui survit s'est toujours bien porté. S... n'a jamais manié le plomb ni présenté d'intoxication saturnine.

A son entrée, on constate les signes d'un emphysème pulmonaire assez prononcé. Le cœur n'est pas hypertrophié; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, en dedans du mamelon. A l'auscultation, aucun bruit de

souffle, mais une exagération manifeste du second bruit pulmonaire. S..., présente d'ailleurs un état hypochondriaque assez marqué.

Au mois de juin 1881, il est atteint d'une bronchite aiguë avec épanchement pleurétique à droite, dont la résolution est longue et ne s'achève qu'à la fin de juillet. Cette affection thoracique entraîne un état d'affaiblissement considérable. Le malade devient même gâteux.

Au commencement de septembre, on constate une diminution très appréciable de la sensibilité dans tout le côté gauche. Les piqûres légères faites avec une épingle ne sont pas perçues; les piqûres intenses déterminent une sensation légère. L'examen de la sensibilité, pratiqué avec le compas de Weber et dans des points symétriques, donne les résultats suivants :

Face : avec un écartement transversal de 2, on obtient deux sensations à droite, une seule à gauche. Avant-bras : pour obtenir la sensation de deux piqûres, il faut un écartement transversal de $1/2$ à gauche, de $1/3$ à droite et un écartement vertical de $5\ 1/2$ à gauche, de $1/2$ seulement à droite. Cuisse : Le même résultat est obtenu ici avec un écart vertical de 5 à gauche, de 1 à droite, avec un écart transversal de 2 à gauche, de $1\ 1/2$ à droite. Les sens spéciaux ne paraissent pas participer à cette hémianesthésie légère qui persiste d'ailleurs jusqu'à la mort du malade. Pas d'hémiplégie motrice.

Dans les derniers jours de septembre, S... tombe dans un état cachectique très prononcé; on voit se développer progressivement un œdème très marqué des membres inférieurs et des organes génitaux qui s'accompagne d'une légère ascite. La face est un peu bouffie. L'urine, examinée à plusieurs reprises, ne présente aucune trace d'albumine. Cette anasarque disparaît presque complètement après quelques jours de traitement par le régime lacté. Le malade se plaint de douleurs abdominales, sans localisation précise. A la pression, le ventre est douloureux, particulièrement au-dessous du rebord des fausses côtes gauches.

On ne constate d'ailleurs la présence d'aucune tumeur abdominale. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Bientôt, survient une diarrhée incoercible (œdème intestinal), puis une congestion œdémateuse des poumons. L'ascite se reproduit; des eschares se développent au niveau du grand trochanter gauche et du sacrum, et le malade succombe le 19 octobre à trois heures du matin.

AUTOPSIE, pratiquée le 20. — *Cavité abdominale*. A l'ou-

verture du péritoine, il s'échappe une grande quantité de liquide citrin. Le foie paraît sain ; son poids est de 1060 gr. La vésicule biliaire ne contient pas de calcul. Le parenchyme des reins paraît également sain ; cependant, on trouve dans le rein droit un kyste cortical du volume d'une grosse noix, qui contient 30 gr. d'un liquide clair, légèrement citrin. Le rein droit pèse 152 gr., le gauche, 126 gr. La rate est atrophiée ; ses dimensions sont : largeur 0m.05, longueur, 0 m. 10, épaisseur (à la partie moyenne) 0 m. 02 ; Son tissu, ferme, crie sous le scapel. L'intestin et l'estomac ne présentent pas d'altération appréciable. Il n'existe, d'ailleurs, aucune tumeur dans la cavité abdominale.

Cavité thoracique. Le cœur présente un volume normal ; sur le ventricule droit, se trouve une large plaque laiteuse qui recouvre presque la moitié de la face antérieure. Les orifices sont suffisants : poids 280 gr. La crosse aortique, légèrement dilatée, présente des plaques d'athérome.

Sur la plèvre droite, on trouve des adhérences néomembraneuses nombreuses, mais assez faibles au niveau de la face convexe des poumons ; ces adhérences sont plus prononcées sur la plèvre diaphragmatique. On trouve également, sur le poumon droit, de larges ecchymoses, plus marquées sur les lobes supérieur et moyen. Ce poumon présente, d'ailleurs, les traces d'une congestion oedémateuse très accusée et pèse 545 gr. Sur la surface convexe du poumon gauche, on constate une symphyse pleurale presque complète. Cet organe crépite mal sous le doigt ; à la coupe, il s'écoule un liquide spumeux, rougeâtre, peu abondant. On trouve quelques granulations tuberculeuses jaunâtres, disséminées dans le lobe inférieur, la congestion est beaucoup plus marquée dans le lobe inférieur. Le poids est de 500 gr.

Cavité crânienne. Le liquide encéphalo-rachidien est en quantité normale. Les méninges sont légèrement épaissies et adhérentes au niveau des première et deuxième frontales et sur plusieurs points des lobes occipitaux. La zone motrice corticale est d'ailleurs parfaitement saine des deux côtés. Les coupes de Pitres, pratiquées sur les deux hémisphères, démontrent l'intégrité absolue de la capsule interne. On ne trouve qu'un petit foyer de ramollissement de la substance blanche qui entoure la face externe de l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral. Les autres parties de l'encéphale sont saines.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente un grand inté-

rét en raison de l'intégrité absolue des parties du cerveau considérées comme sensibles. Les notions acquises sur les localisations ne permettent guère de rapporter l'hémianesthésie légère observée pendant la vie au petit foyer de ramollissement de la corne postérieure du ventricule latéral droit. Dans une autopsie que j'ai pratiquée dernièrement, une lésion plus étendue et ayant le même siège n'avait déterminé pendant la vie aucun trouble sensitif. Peut-être conviendrait-il de faire quelques réserves à l'égard de ces petits foyers de méningo-encéphalite disséminés sur les lobes frontaux et occipitaux, en dehors de la zone dite motrice ? Mais, ayant été lésion bilatérale, on ne comprendrait pas pourquoi elle n'aurait pas entraîné des troubles sensitifs bilatéraux. D'autre part, on rencontre bien souvent, dans les autopsies, des lésions analogues, plus étendues même, sans qu'on ait observé d'anesthésie pendant la vie.

Séance du 14 juillet 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

4. Hémiplégie gauche suivie de contracture. — Double pleurésie sèche. — Mort. — Péricardite hémorrhagique. — Foyers hémorrhagiques dans le myocarde et le pancréas. — Ecchymose des orteils du côté paralysé ; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

Le nommé Prieur (Jean-François) est entré à l'hospice des Incurables d'Ivry (service de M. RAYMOND), salle Saint-Jean-Baptiste, n° 6, le 7 mars 1882. Imprimeur lithographe, il a toujours joui d'une très bonne santé. Malgré l'examen le plus minutieux, on ne trouve aucun antécédent héréditaire. Ses grands-parents sont morts très âgés, son père à 80 ans et sa mère à 75 ans. Personne dans la famille n'a été paralysé, et le malade a encore deux oncles paternels et

une tante maternelle qui se portent tout à fait bien, malgré leur grand âge.

Aucune maladie dans la jeunesse. Né de parents pauvres, il fut obligé de travailler de bonne heure, et, dès l'âge de 12 à 14 ans, gagna seul sa vie. Malgré ces grandes fatigues, incompatibles avec son âge, il se porta toujours bien. Aucune fièvre éruptive, toujours santé robuste. Pas d'excès alcooliques, ni génésiques; jamais d'écoulements uréthraux, pas de syphilis; en un mot, jamais d'indisposition sérieuse pour l'empêcher de se livrer à ses occupations journalières.

Ayant pris part aux événements de la Commune, il fut condamné à la déportation et transporté à Nouméa, où il continua à se bien porter. En revenant d'exil, en 1880, un soir qu'il se promenait sur le pont du navire, il s'affaissa tout à coup, et lorsqu'on le releva, tout le côté gauche était paralysé.

Quelque temps après sa rentrée en France, à la paralysie s'ajouta de la contracture dans les membres paralysés, et il fut admis à l'hospice des Incurables d'Ivry dans une des salles de grands infirmes.

A son entrée à l'infirmerie, on constate qu'il est dans le décubitus dorsal, qu'il ne peut marcher, que le bras et la jambe gauches sont paralysés avec contracture. La cuisse, en même temps, est fléchie sur le bassin, et la jambe sur celle-ci; l'avant-bras sur le bras et la main fortement fléchie sur l'avant-bras, les doigts s'enfonçant dans la paume de la main. Il est impossible de faire disparaître cette contracture par les plus fortes tractions. Sur la face dorsale des quatre premiers orteils du membre paralysé, existent des plaques d'ecchymoses de dimensions variables, les unes larges comme une pièce de 50 centimes, les autres plus petites; d'autres ne sont que des points noirâtres ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Au niveau de ces plaques ecchymotiques, existe une anesthésie complète, et l'on peut enfoncer une épingle sans produire de sensation douloureuse. D'ailleurs, la sensibilité à la piqure, au froid, à la chaleur est très obtuse dans tout le côté paralysé. — Le réflexe cutané persiste encore, mais la contracture empêche la recherche du réflexe tendineux du côté malade. — Le côté droit est sain.

Le malade, qui souffre d'une douleur dans le côté, se plaint en même temps d'une dyspnée et d'une toux opiniâtre. En effet, à l'examen des poumons, on trouve une congestion beaucoup plus marquée à gauche et des signes manifestes d'une double pleurésie sèche. — Les battements

du cœur sont normaux, et l'on n'entend aucun souffle pouvant indiquer une lésion morbide à l'un des quatre orifices. La région hépatique est examinée avec soin et la palpation ne fait découvrir aucun point douloureux. — *Traitement.* Potion de Tood avec extrait de quinquina, 4 grammes.

9 mars. Même état général. La fièvre a légèrement augmenté. Température, 38°,6. Mêmes signes stéthoscopiques. — Même traitement.

12 mars. La dyspnée est plus considérable. — Fièvre. Température, 39. Pas d'épanchement pleural. Les battements du cœur sont précipités. Pouls : 90. A la percussion on découvre de la matité au-dessous du lieu où bat la pointe du cœur ; pas de frottements péricardiques.

20 mars. Le malade a toujours de la fièvre ; il ne prend plus qu'une tasse de lait et un peu de bouillon dans la journée. Large eschare au sacrum. Mort dans la matinée du 23 mars.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — A l'ouverture du crâne, la dure-mère ne paraît pas épaissie, et son incision permet l'écoulement d'un liquide séreux peu abondant. — Les artères de la base de l'encéphale sont athéromateuses et les sylviennes ont des parois épaisses, blanchâtres, comme de véritables tuyaux de pipe. Cependant, la lumière du vaisseau ne paraît nulle part complètement obstruée.

La *pie-mère* est peu adhérente à la substance cérébrale si ce n'est au pourtour de la scissure de Sylvius de l'hémisphère droit. Là, elle adhère intimement aux circonvolutions d'enceinte et forme la paroi d'une poche qui fait saillie à la surface du cerveau et qu'on pourrait prendre pour un kyste hydatique développé dans cette région. Mais, à un examen attentif, on reconnaît qu'on se trouve en présence d'un vieux foyer de ramollissement dont le pourtour est limité par les méninges adhérentes entre elles et au cerveau. En écartant les deux lèvres de la scissure de Sylvius, les circonvolutions du lobule de l'insula paraissent saines. Rien à noter à la périphérie de l'hémisphère gauche. Pas de lésions dans les noyaux centraux. La *protubérance*, le *bulbe*, la *moelle épinière* ne présentent aucune lésion visible à l'œil nu.

L'examen des *plèvres* et des *poumons* nous fait constater les lésions qui avaient été diagnostiquées pendant la vie : double pleurésie sèche, et congestion pulmonaire intense plus accentuée à gauche du côté paralysé.

A l'ouverture du *péricarde*, il s'écoule environ 100 à 250

grammes d'un liquide noirâtre, légèrement cailleboté et dont la présence nous paraît expliquer la matité dont il a été question plus haut. Le feuillet pariétal du péricarde est lisse, non injecté ; mais, au niveau de la face antérieure du ventricule gauche, on trouve quelques plaques blanchâtres, laiteuses, peu saillantes, plus longues que larges, vestiges d'une péricardite ancienne. A la face antérieure du ventricule droit, on remarque quelques petites saillies rougeâtres, polypiformes, que l'on pourrait peut-être considérer comme la cause de l'épanchement sanguin péricardique.

Toute la surface du cœur, oreillettes et ventricules, est marbrée par de nombreuses plaques ecchymotiques, dont l'une, plus saillante, est située à la face antérieure du ventricule gauche. En pratiquant une coupe à ce niveau, on ouvre un foyer hémorrhagique siégeant dans la paroi du muscle cardiaque, foyer présentant une longueur de trois centimètres environ sur une largeur de deux et une profondeur d'un demi-centimètre ; de sorte que l'épanchement sanguin du myocarde est séparé des cavités endocardique et péricardique par du tissu musculaire. A côté de ce foyer principal, on en trouve un plus petit situé également dans l'épaisseur du myocarde.

Le foie est un peu volumineux et légèrement grasseyé ; de nombreuses coupes pratiquées dans tous les sens n'y peuvent faire découvrir le moindre foyer hémorrhagique.

Les reins ont leur volume normal. Ils présentent les lésions de la néphrite mixte, et, de plus, dans le bassinot du rein droit, fait saillie un kyste du volume d'une noix à peu près. Pas de foyer hémorrhagique. Rate saine.

Le pancréas, examiné avec soin, montre dans toute son étendue un grand nombre de foyers hémorrhagiques, dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un haricot et tous situés dans la substance même du pancréas. Quelques-uns sont superficiels et donnent à l'organe un aspect moucheté. Le sang, dans ces foyers, est noirâtre et coagulé. Rien dans les organes génitaux.

Les muscles du thorax (grands et petits pectoraux) et des membres supérieurs et inférieurs (*deltoïde, biceps, jumeaux, fessiers*, etc.), ne présentent aucun foyer sanguin.

En résumé, épanchement de sang dans le péricarde avec foyers hémorrhagiques dans l'épaisseur du myocarde et du pancréas, chez un hémiplegique gauche avec contracture, ne présentant pour toute lésion cérébrale qu'un ancien foyer de ramollissement des circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius.

Examen histologique. — L'étude du tissu musculaire

du myocarde, par des dissociations, montre que, dans les parois des ventricules, les fibres musculaires ont subi un commencement de dégénérescence pigmentaire dont l'importance dans un cœur sénile est presque nulle, étant donnée la fréquence de cette altération dans un âge avancé. Mais, parmi ces fibres musculaires, on en trouve quelques-unes dans lesquelles, à la dégénérescence pigmentaire, vient s'ajouter de la dégénérescence graisseuse qui se prononce d'autant plus qu'on se rapproche davantage du foyer hémorragique. Sur des coupes de la paroi des ventricules, on retrouve les mêmes altérations des faisceaux musculaires, mais on voit que ces altérations sont d'autant plus prononcées que les fibres qu'on examine sont plus rapprochées des parois des vaisseaux.

Ces parois elles-mêmes sont altérées et l'on y trouve, principalement dans les petites artères, une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments contractiles de la tunique moyenne, qui sont infiltrés d'une quantité considérable de fines granulations graisseuses. Cette transformation pathologique atteint aussi les éléments musculaires du myocarde dans une étendue plus ou moins considérable.

Telles sont les altérations du myocarde dans les points qui n'ont pas participé à l'hémorragie. Autour du foyer hémorragique lui-même, les modifications du muscle cardiaque s'accroissent encore davantage et arrivent à leur maximum dans la couche tout à fait externe du ventricule gauche et voisine du tissu cellulaire sous-péricardique, où se trouve le point de départ de l'hémorragie. Dans ce point, en effet, au milieu des globules sanguins, infiltrés dans le tissu cellulaire ambiant et qui ont dissocié les faisceaux musculaires en s'insinuant dans les tractus conjonctifs, on trouve une petite artère dilatée et plusieurs autres petits vaisseaux dont les parois présentent de la dégénérescence graisseuse, et qui, en plusieurs endroits, paraissent s'être rompus et avoir occasionné l'épanchement du sang dans les tissus.

RÉFLEXIONS. — Depuis longtemps les observateurs ont mentionné les troubles trophiques dans les lésions du cerveau, mais, dans aucune observation, nous n'avons trouvé de lésions aussi nombreuses que dans le cas actuel. Il y a dans le myocarde deux foyers hémorragiques produits par la rupture d'artérioles qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. La présence de ces petites saillies

rougeâtres polypiformes que nous avons décrites sur le ventricule droit explique l'épanchement sanguin du péricarde, si l'on ne veut pas admettre que le sang trouvé dans la cavité péricardique soit le résultat de l'exsudation à travers la lame musculaire qui recouvre les foyers hémorrhagiques du myocarde. Il est à remarquer que tous les troubles trophiques existent du côté paralysé, et même la partie gauche du pancréas est parsemée d'un plus grand nombre de foyers hémorrhagiques.

5. Urémie. — Nombreux et volumineux kystes des deux reins. — Hypertrophie cardiaque; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

Ducroquet (Henri-Joseph), journalier, âgé de 73 ans, entre à l'infirmerie Saint-Jean-Baptiste, n° 26 (service de M. RAYMOND), le 1^{er} mars 1882.

Aucun antécédent héréditaire: rhumatisme articulaire vers l'âge de 40 ans. Pas de syphilis. Marié, il eut deux enfants qui sont morts jeunes d'affections dont on ignore la nature. En 1878, pouvant difficilement travailler à cause de la faiblesse de sa vue, il fut admis à l'hospice des Incurables d'Ivry et placé dans une salle de valides. Depuis cette époque, sa santé générale fut assez bonne, il mangeait et digérait bien; sa vue seule l'inquiétait, car il s'en plaignait fréquemment à la sœur de la salle. Jamais de trouble du côté de la miction; un peu d'essoufflement pendant la marche, surtout en montant les escaliers; léger œdème des membres inférieurs, plus considérable le soir. Il y a quatre jours, à la suite d'un excès alcoolique, ce qui lui arrive assez souvent, le malade fut pris de dyspnée, de toux et de fièvre.

Ce matin, nous constatons chez lui l'existence d'une dyspnée poussée même jusqu'à l'orthopnée. Il existe un peu de bouffissure de la face et les membres inférieurs sont œdématisés. A l'examen du thorax, nous trouvons les *poumons* congestionnés et l'auscultation permet d'entendre dans toute leur étendue des râles secs et humides. Le cœur est hypertrophié, surtout dans son diamètre vertical, et l'on sent les battements de la pointe dans le septième espace intercostal, en dehors du mamelon. Au niveau de l'orifice mitral, on perçoit un bruit de souffle systolique et intermittent; rien aux autres orifices.

Le foie paraît avoir subi un léger degré d'atrophie. — L'urine est pâle et contient une certaine quantité d'albu-

mine, *albumine contractile* (2 grammes par litre, procéd. d'Esbach). — *Traitement*. Ventouses sèches, potion cordiale, régime lacté.

12 mars. La dyspnée a diminué; à l'auscultation, on n'entend plus que de petits râles humides d'œdème localisé à la base des deux poumons. — Pas de bruit de souffle à l'orifice mitral. Les urines contiennent toujours de l'albumine, et l'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'à la racine des cuisses. — Continuation du régime lacté.

20 mars. Le malade ne prend plus qu'un peu de lait le matin, la respiration est excessivement pénible, il y a un peu de délire la nuit, et la mort arrive le 24 mars, à quatre heures du matin.

AUTOPSIE. — L'axe cérébro-spinal ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. La substance nerveuse est œdématiée, et l'on trouve une petite quantité de liquide dans les cavités ventriculaires.

Les *poumons* sont congestionnés; à la coupe, il s'écoule un liquide rougeâtre, abondant et spumeux. — Le *cœur* est hypertrophié, poids : 716 grammes, et l'hypertrophie, quoique généralisée aux ventricules et aux oreillettes, est plus considérable au ventricule gauche, dont la paroi présente une épaisseur de deux centimètres au moins. A la coupe, le myocarde est d'un rouge pâle sans cependant offrir de dégénérescence bien manifeste. Quelques-uns des piliers de premier ordre du ventricule droit ont le volume du petit doigt. Pas d'insuffisance aortique ni pulmonaire; valvules mitrales et tricuspides saines. En un mot, hypertrophie généralisée à tout le muscle cardiaque, avec prédominance au ventricule gauche. Sur toute l'étendue de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique, on trouve de nombreuses plaques athéromateuses spécialement localisées au niveau de l'origine des branches collatérales. Au-dessus de la mésentérique inférieure, la face antérieure de l'aorte abdominale présente une saillie qui est produite par une dilatation peu considérable, résultat du ramollissement d'une plaque athéromateuse. Cette dilatation anévrysmale a une forme ovale et présente près de deux centimètres dans son plus grand diamètre. A la coupe, le *foie* offre l'aspect muscade du foie cardiaque. Poids : 1,070 grammes. Rien à la *rate* ni au *pancréas*.

Les *reins* sont volumineux et parsemés sur toute leur surface de nombreux kystes de volume très variable. Les kystes du rein droit varient du volume d'une lentille à celui d'une noix, et le liquide qu'ils contiennent renferme

de l'albumine décelée par la chaleur et l'acide nitrique. A l'extrémité inférieure du rein gauche, existe un kyste ayant au moins *huit centimètres* dans son plus grand diamètre. Ce kyste est rempli d'une matière blanchâtre, demi-liquide, ressemblant à de la matière caséuse ramollie. A la partie supérieure de ce même rein, on trouve encore un autre kyste du volume d'un œuf de poule et offrant une assez grande consistance. La matière qu'il renferme est de même nature, mais moins ramollie que dans le kyste précédemment décrit. Outre ces tumeurs kystiques volumineuses, on en rencontre un grand nombre d'autres beaucoup plus petites et répandues dans tout le parenchyme rénal, de sorte que les pyramides de Malpighi disparaissent en partie sous l'accumulation de ces nombreuses cavités kystiques. Les *bassinets* et les *uretères* ne sont pas dilatés, et la vessie n'offre aucune lésion organique.

En résumé, hypertrophie cardiaque, kystes nombreux et volumineux des deux reins avec disparition de la plus grande partie de leur substance médullaire et corticale.

Séance du 21 juillet 1882.

PRÉSIDENTE DE M. HANOT.

6. MM. DIETERLEN, LACAZE, DE LARABRIE, MÉRICAMP et BLAISE sont nommés membres correspondants.

7. M. CONDOURIS présente un *cancer primitif du foie*.

8. M. MERRLEN montre une *dégénérescence kystique des deux reins* ayant donné lieu à des symptômes qui ont simulé une fièvre typhoïde.

9. Rupture de l'artère radiale par écrasement. — Examen du bout supérieur et inférieur; par M. le D^r REDARD, chef de clinique chirurgicale à la Pitié.

Homme de 56 ans, atteint à l'avant-bras gauche par une roue de voiture. Désordres profonds. Rupture des artères. Hémorrhagie par le bout inférieur de l'artère radiale. La

désarticulation du coude est jugée nécessaire et pratiquée dans le service de M. le professeur Verneuil, par le D^r Kirmisson.

L'examen des bouts supérieur et inférieur de l'artère radiale divisée donne les indications suivantes :

Bout supérieur. Forme cylindrique dans l'étendue de 2 cent. Caillot continu, filiforme, adhérent. Les tuniques interne et moyenne se sont rétractées. Le bout terminal est uniquement constitué par la tunique externe.

Bout inférieur. Absence de caillot. Ce bout est largement ouvert et ses trois tuniques sont irrégulièrement sectionnées au même niveau.

Cette observation vient confirmer les recherches de M. Verneuil sur les dispositions des bouts des artères divisées par écrasement. (*Gazette hebdomadaire*, 1872. Cauchois. Thèse de Paris, 1873. Plusieurs cas où l'on constate la disposition décrite plus haut ont été présentés à la Société anatomique par MM. Duret, Kirmisson, etc.

On comprend, d'après la disposition des bouts sectionnés, comment l'hémorrhagie peut se faire par le bout inférieur. De ce côté, en effet, l'artère est largement ouverte et souvent, ainsi que cela s'observe sur la pièce présentée, il y a absence de caillot. Dans ce bout inférieur, la contractilité artérielle seule peut amener l'hémostase. Du côté du bout supérieur, la résistance est plus grande, l'obstacle à l'issue du sang étant constituée par la membrane externe et un caillot adhérent assez résistant.

10. Tuberculose pulmonaire ; — symphyse tuberculeuse du péricarde ; — pouls paradoxal ; — œdème généralisé ; — purpura et ichtyose cachectiques ; — amputation de jambe datant de 18 mois ; — examen du cerveau ; par M. Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Le nommé Jean M..., âgé de 53 ans, est entré le 7 juin 1882, salle Saint-Mathieu, n° 33 (service de M. LAILLER), à l'hôpital Saint-Louis.

Ce malade a déjà fait plusieurs séjours dans le service : il était alors atteint de lichen agrius. Alcoolisme. Pendant le dernier de ces séjours, à la fin de 1880, il fut pris d'arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne gauche, ce qui nécessita l'amputation de la jambe. L'opération fut faite par M. Le Dentu. Depuis cette époque, J. M... est tombé dans une misère profonde ; il a beaucoup souffert de la faim et de toutes sortes de privations. Il tousse et éprouve des étouffements depuis plusieurs mois. Il a beaucoup mai-

gri. Depuis deux mois, il est survenu de l'œdème du pied et de la jambe. Au moment de l'entrée, on constate de la bouffissure de la face et de l'œdème du pied et de la jambe.

La face antéro-externe des membres supérieurs est couverte de larges plaques d'ichthyose. La peau du dos est sèche, rugueuse, finement écailleuse. Sur les cuisses et au-devant du genou droit, la peau est rugueuse, écailleuse, ichthyosique. C'est la première fois du reste que ces lésions cutanées sont relevées chez cet homme : elles se seraient développées depuis 5 à 6 mois, sans doute sous l'influence de la cachexie.

A l'auscultation, on trouve aux deux sommets, en arrière, des phénomènes cavitaires évidents, prononcés surtout à gauche. En avant, la poitrine est bombée, la percussion donne un son tympanique; il y a certainement un certain degré d'emphysème. Râles de bronchite disséminés. Pouls petit, précipité, inégal, fièvre. Il existe déjà un certain degré d'asystolie.

9 juin. Injection de morphine.

10 juin. Quelques crachats sanglants; selles sanguinolentes; au bras droit, large ecchymose violacée ayant succédé à la piqûre de l'injection hypodermique. Taches purpuriques disséminées sur le corps et les bras. Citron. 4 gr. d'extrait de ratanhia.

11 juin. Apparition des pétéchies sur les jambes, la langue, le voile du palais, les gencives.

13 juin. Nouveaux crachements de sang. Il ne s'est pas fait de poussée purpurique nouvelle, sur la peau non plus que sur les muqueuses. Julep, avec ergotine, 4 gr.

15 juin. Un peu de sang dans les urines.

17 juin. Délire pendant la nuit; pas de crachements de sang.

18 juin. Pas de délire. Amélioration légère.

19 juin. Il ne s'est pas fait de nouvelle hémorrhagie. L'œdème des membres et de la face est très appréciable. Pas d'albumine dans l'urine.

22 juin. Ne perd plus de sang par aucune voie; mais il y a toujours de la toux et de l'anasarque avec bouffissure de la face.

24 juin. Anasarque, dyspnée; pouls petit et irrégulier.

25 juin. Augmentation de l'anasarque; dyspnée intense. Pouls petit et irrégulier. Région hépatique douloureuse à la pression. Souffle assez intense au premier temps, à la pointe du cœur. Jugulaires distendues, sans battement. Le pouls présente au plus haut point le phénomène décrit par

Küssmaul sous le nom de pouls paradoxal ; lorsque le malade respire un peu plus fortement, le pouls devient petit, irrégulier ; il disparaît complètement lorsque le malade tousse ou encore lorsqu'il parle. Il est impossible de délimiter le cœur par la percussion, à cause de l'emphysème pulmonaire.

26 juin. Même état. Pas d'albuminurie.

4 juillet. Toux quinteuse ; accès d'asphyxie. Bruits amphoriques aux deux sommets, surtout à gauche.

7 juillet. Affaiblissement de plus en plus marqué. Labouffissure de la face a disparu. Œdème lisse très considérable des membres inférieurs. Un peu de douleur sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Teinte ictérique des conjonctives.

8 juillet. Teinte ictérique plus marquée encore, étendue à la face et au tronc. Dépression très grande. — Mort le 10 juillet, à 9 heures du matin.

AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après la mort. — Les membres inférieurs présentent un gonflement œdémateux considérable. L'anasarque s'étend à l'abdomen et aux membres supérieurs. A la base du sacrum, il existe une escharre noirâtre assez étendue. Sur le bras droit, on constate l'existence d'une plaque purpurique qui s'est produite dans les derniers jours de la vie.

Les *poumons* présentent, avec la paroi thoracique, des adhérences celluleuses presque généralisées. Les lobes pulmonaires sont également unis l'un à l'autre.

Aux deux sommets, il existe des lésions tuberculeuses avancées. A droite, on rencontre une caverne du volume du poing. A gauche, le lobe supérieur est induré et infiltré de tubercules ; il est creusé de nombreuses cavernules qui communiquent généralement les unes avec les autres, de façon à former une cavité anfractueuse. En dedans, le poumon induré se trouve accolé au cœur sur une assez grande étendue. Les lobes inférieurs sont emphysémateux, mais relativement sains.

Les ganglions bronchiques sont noirs et indurés. A la base du cœur, autour des vaisseaux et au-devant de la partie supérieure du péricarde, dans le médiastin antérieur, on trouve toute une série de ganglions noirâtres qui présentent en moyenne le volume d'une noisette.

La plèvre et le péricarde sont intimement accolés dans leur partie médiastine. Il est à peu près impossible de les séparer. Il existe là un certain épaississement qui se rapproche de ce qu'on a décrit sous le nom de médiastinite calleuse.

D'autre part, le feuillet viscéral du péricarde adhère au feuillet pariétal par des adhérences celluleuses assez lâches, assez résistantes toutefois pour produire un accollement intime et total des deux feuillets. Les auricules sont, de la même façon, fixées aux parois du cœur. Il n'y avait dans le péricarde aucun épanchement.

La couche grasseuse sous-péricardique est un peu exagérée, et l'on trouve le long des vaisseaux un certain nombre de tubercules miliaires, les uns grisâtres, les autres jaunâtres, qui semblent nettement sous-jacents à la couche pseudo-membraneuse. Le cœur est petit, mou. Le muscle est jaunâtre, assez pâle. Dans les cavités, on trouve une assez grande quantité de caillots, les uns anciens et fibrineux, les autres plus récents et cruoriques. Les valvules paraissent saines et suffisantes. Léger degré d'athérome aortique.

Le foie est volumineux. Il est à la fois gras et congestionné. Les canaux biliaires sont gorgés de bile. Ils demeurent largement béants sur la coupe. L'organe présente du reste dans son ensemble une teinte ictérique marquée.

Les reins sont petits et gras. Ils sont cependant congestionnés. Ils semblent à la fois interstitiels et cardiaques. La rate est très petite; elle est entourée d'une coque assez épaisse de périsplénite. L'estomac est congestionné. On trouve sur sa muqueuse de petites hémorrhagies miliaires.

L'extrémité du *sciatique poplité interne* est adhérente au périoste du tibia. Il semble que la gaine celluleuse du nerf se soit fixée au périoste en se fermant. L'extrémité du nerf ne présente pas de renflement.

Sur le cerveau, on trouve les méninges épaissies, parsemées de plaques laiteuses, surtout au voisinage des vaisseaux. Il existe une certaine quantité de sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens. La masse cérébrale est molle. Les deux circonvolutions ascendantes, frontale et pariétale, semblent atténuées à droite, vers leur extrémité supérieure. Cela semble évident surtout pour la pariétale ascendante. Il est vrai de dire que le lobule paracentral de ce côté paraît un peu plus volumineux que le lobule paracentral du côté opposé.

RÉFLEXIONS. — Nous avons constaté chez notre malade une anasarque qui n'est pas sans intérêt, en dehors de toute albuminurie, chez un tuberculeux. Evidemment la cachexie, résultat de la maladie et des privations subies, a joué un rôle dans l'apparition de l'œdème, dans la produc-

tion du purpura et de l'état lichénoïde de la peau. Toutefois, il nous semble que la symphyse cardiaque devait être à ce point de vue d'une importance très réelle.

L'anasarque, la petitesse et l'irrégularité du pouls amenaient à penser à la symphyse cardiaque et à la péricardite tuberculeuse, puisqu'il s'agissait d'un tuberculeux. Un diagnostic plus précis était du reste impossible, à cause de l'emphysème pulmonaire et de l'intensité de la dyspnée. On a constaté cependant une fois l'existence d'un souffle systolique assez rude à la pointe du cœur.

Le pouls paradoxal existait de la façon la plus nette. Lorsque les mouvements respiratoires s'exagéraient un peu, lorsque le malade parlait, par exemple, le pouls devenait très petit; il se suspendait complètement pendant les quintes de toux.

Les lésions constatées à l'autopsie nous semblent donner d'une façon satisfaisante l'explication de ce phénomène. En effet, le lobe supérieur du poumon gauche était transformé en un bloc solide creusé de quelques petites cavernes. Il adhérait fortement aux parois thoraciques et à la plèvre médiastine. Celle-ci, d'autre part, était intimement accolée au péricarde, et, en réalité, au ventricule gauche. La symphyse cardiaque, quoique celluleuse et peu résistante, était en effet assez complète pour que les mouvements du myocarde eussent cessé d'être indépendants du péricarde pariétal.

Il devait donc y avoir une véritable lutte entre les mouvements de la paroi thoracique et ceux du ventricule gauche. Lorsque les côtes s'élevaient et se déplaçaient en dehors pendant l'inspiration, il devait en résulter un tiraillement et une certaine distension du ventricule gauche. La systole devait donc être considérablement gênée, et parfois même suspendue; ce qui se traduisait par l'affaiblissement et même la disparition complète de la pulsation radiale.

Pendant l'expiration, il est probable que les parois thoraciques pressaient sur le ventricule gauche, par l'intermédiaire du poumon induré, et qu'ainsi la contraction de la pochè musculaire se trouvait plus ou moins combattue.

L'explication que nous donnons ici diffère sensiblement de celle qu'a donnée Kussmaul; elle nous paraît cependant bien s'adapter au cas particulier. Notre malade avait subi l'amputation de la jambe gauche un an et demi avant sa mort; il était donc d'un certain intérêt d'examiner le cerveau.

Les circonvolutions ascendantes droites, frontale et pariétale, étaient moins volumineuses dans leur partie supé-

ure, au niveau de la première circonvolution frontale, et les ascendantes du côté opposé. L'avis des personnes qui ont vu le cerveau a été unanime sur ce point. Il faut remarquer toutefois que le lobule paracentral de ce même côté paraissait légèrement plus volumineux que celui du côté opposé. Cela ôte à l'atrophie apparente des circonvolutions une grande partie de sa signification.

Tuberculose génito urinaire. — Hydronéphrose. — Tubercules pulmonaires ; par M. René LECLERC, interne des hôpitaux.

Laurent François, 58 ans, salle Michon, n° 25 (service de VERNEUIL).

Le malade, au moment de son entrée dans le service, présente tous les symptômes d'une tuberculose pulmonaire arrivée à sa troisième période. Il est atteint d'une hernie inguinale gauche facilement réductible. De plus, 2 fistules périnéales laissent échapper l'urine qui ne sort plus par l'urètre. Les deux testicules sont le siège d'abcès caséux et plusieurs sont fistuleux. On sent en outre, à la palpation, plusieurs nodules indurés dans leur épaisseur.

Le malade se cachectise rapidement ; les deux jambes viennent oedémateuses par suite d'une phlegmatia dolens développée dans les derniers jours de la vie. La mort survient au milieu de ces symptômes.

AUTOPSIE, faite 24 heures après la mort. — Sujet très maigre, peu décomposé, les membres inférieurs sont oedématisés. A l'ouverture du thorax : adhérences très nombreuses à la plèvre et à droite. Les deux poumons sont farcis de tubercules ; cavernes plus ou moins volumineuses aux deux extrémités ; pneumonie tuberculeuse à des degrés différents pour des tubercules.

Cœur. Pas de lésions appréciables, sinon quelques plaques d'athérome au-dessus des valvules aortiques.

Foie très gros sans tubercules. **Rate** couverte de tubercules disséminés. **Reins.** Le rein droit est très dur, granuleux ; la capsule pénètre dans le tissu par des prolongements fibreux, pas de tubercules. Le rein gauche est atteint d'hydronéphrose ; considéré dans l'abdomen, il paraît converti en une série de kystes qui se réunissent au niveau du bassinet. L'urètre est fortement dilaté, 2 centimètres de diamètre environ. On enlève à la fois la vessie, et les deux urètres. Le bas-fond de la vessie est couvert d'ulcérations tuberculeuses et de tubercules miliaires. Autour de l'embouchure de l'urètre gauche, se trouve une zone inflam-

matoire de l'étendue environ de 2 centimètres carrés. Ce point locatif de la vessie fait une saillie sur la surface interne de l'organe et paraît, suivant toute probabilité, avoir oblitéré l'uretère et causé l'hydronéphrose. L'orifice se voit dans le fond d'une cavité en entonnoir.

Cet orifice n'est pas perméable quand on presse sur le sinus, le liquide qui y est contenu ne s'écoule pas; une sonde cannelée mise dans l'orifice de l'uretère ne passe qu'après une très forte pression.

On ne peut donc expliquer l'hydronéphrose autrement que par une oblitération de l'orifice vésical de l'uretère, causée par l'inflammation pérituberculeuse de la muqueuse de l'organe. Le col de la vessie est perméable; il est entouré de tubercules. La prostate est remplie d'abcès tuberculeux; dans la portion prostatique de l'urèthre, fistules commençant d'une part avec la peau du périnée; d'autre part avec des clapiers prostatiques. Ces trajets expliquent comment des sondes mises dans l'urèthre sortaient par le périnée et comment aussi l'urine sortait par les fistules.

La *hernie inguinale gauche* ne présente aucun fait particulier à noter. — Le *testicule gauche* est rempli de masses caséeuses. L'épididyme droit renferme une masse caséeuse au niveau de la queue.

Les deux veines iliaques renferment des caillots d'origine ancienne, ce qui explique l'œdème des deux jambes et la phlegmatia alba dolens marquée surtout à droite. On suit les caillots dans la veine fémorale et dans la veine saphène.

Ces veines, examinées au microscope par M. Suchard par les méthodes usitées en histologie normale, présentent sous le caillot une zone d'endophlébite très marquée. Les bourgeons conjonctifs résultant de cette inflammation englobent complètement les valvules des veines; ils arrivent même à déprimer la tunique moyenne de la veine et à faire saillie à l'extérieur en produisant ainsi cette phlébite totale qui explique comment les veines atteintes de phlegmatia alba dolens sont, après guérison, converties en cordon fibreux. M. Suchard a examiné aussi les tubercules de la veine, et il résulte de cet examen que ces tubercules obéissent à la loi générale qui préside à leur évolution et se développent ici autour des nombreux vaisseaux qui font saillie à la surface vésicale.

Cette observation, avec l'autopsie qui lui fait suite, montre que l'hydronéphrose peut reconnaître pour cause une inflammation développée autour de l'orifice vésical d'une uretère par suite de la présence de tubercules vésicaux.

Elle est en outre intéressante parce qu'elle a permis de faire l'examen histologique détaillé de l'endophlébite de la phlegmatia alba dolens et des tubercules vésicaux.

12. Fracture comminutive de l'avant-bras. — Luxation isolée du radius. — Désarticulation de l'épaule ; par M. VERCHÈRE, interne des hôpitaux.

Le nommé Chervin François, âgé de 46 ans, charretier, entre le 15 juillet 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, lit n° 30 (service de M. TERRIER, suppléé par M. KIRMISSON.)

Alcoolique renforcé, buvant 4 à 5 litres de vin en moyenne chaque jour, parfois 10 à 12, cet homme conduisait une voiture chargée de barriques de vin lorsqu'il fut renversé par une voiture de déménagement qui le fit rouler sous son propre véhicule.

On l'amène à l'hôpital dans un état de prostration marquée, pas de délire, légère excitation cérébrale. Anesthésie absolue. La température prise une heure après l'accident, est de 36°,4.

On constate une fracture à fragments multiples de l'avant-bras gauche. Le membre est absolument flasque. Gonflement considérable dû à un épanchement de sang qui remonte jusqu'au tiers supérieur du bras. Une petite plaie par éclatement existe au niveau de la face interne de l'avant-bras et donne issue à un écoulement de sang noir abondant, que l'on arrête par la compression. Du côté de la figure, plaie à lambeau du côté droit, dont le tracé est le suivant : partant du milieu du front, elle se dirige du côté droit jusqu'à la limite du cuir chevelu, puis descend verticalement, immédiatement au-dessous de l'oreille, jusqu'à l'angle de la mâchoire. En relevant le lambeau flottant, on arrive jusqu'à l'apophyse orbitaire externe.

On fait quelques points de suture après avoir lavé la surface cimentée et laissé un drain aboutissant à l'angle inférieur du décollement. Dès le lendemain, la réunion par première intention était parfaite. Enfin, au pied droit, plaie contuse, entre le premier et le deuxième orteil, conduisant à un décollement de la peau de la face dorsale et de la face plantaire. On y passe deux drains et on applique un pansement de Lister.

Le soir, à 4 heures, la température monte à 38°,2. M. Kirmisson pratique la désarticulation de l'épaule, le bras ne présentant que des tissus contus et infiltrés de sang.

Examen de la pièce. — Les tissus de l'avant-bras sont

presque entièrement détruits, c'est un vaste épanchement sanguin. Pourtant, les artères cubitale et radiale sont intactes. Les deux os de l'avant-bras sont fracturés en deux ou trois endroits et les fragments flottent au milieu des muscles déchirés.

Au bras, l'humérus est intact, mais la peau est décollée, les muscles infiltrés, et tout légitime l'opération radicale qui a été faite. Le coude est le siège d'une lésion qui nous amène à présenter cette pièce.

C'est une luxation isolée du radius ; et on peut voir comment la réduction eût été rendue difficile par la position même de la tête radiale. Celle-ci a rompu la partie antérieure du ligament annulaire et remontant au-dessous du brachial antérieur se trouve bordée par lui. De plus, à sa partie inférieure, on peut constater les liens fibreux qui ont limité son mouvement ascensionnel et qui, par leur nouvelle situation, eussent empêché la tête de revenir à sa place normale.

On voit un ligament partant de la partie interne du nerf du radius et allant s'insérer au-dessous de la petite cavité sigmoïde du cubitus et, de plus, un autre lien analogue, provenant en dehors de l'épicondyle. Enfin, les débris du ligament antérieur venant s'insérer à la partie antérieure du ligament annulaire se sont repliés, sont venus s'interposer entre la tête radiale et le condyle. A ces lésions ligamentaires vient se joindre une lésion du cartilage assez intéressante. C'est une fracture de celui-ci siégeant sur le pourtour de la cupule et occupant toute son épaisseur.

RÉFLEXIONS. — De l'examen anatomique qui précède, on peut voir que, dans les luxations complètes du radius, celui-ci peut éprouver un mouvement d'élévation tel que, dès l'accident, la capsule radiale vienne se mettre en rapport avec la dépression sus-condylienne de l'humérus, mouvement d'élévation qui semble avoir été regardé comme impossible par les auteurs, tout au moins au moment même de sa production.

Pour que ce mouvement se produise ultérieurement, Malgaigne et Hilton admettaient une déviation en dehors du cubitus, déviation qui pouvait être assez prononcée pour se retrouver à l'articulation radio-carpienne ; dans l'observation que nous présentons, cette déviation a été rendue inutile par le fait même de la fracture des deux os de l'avant-bras.

Le mécanisme qui a produit la luxation a dû être évidemment direct. La roue a dû passer sur la région externe

et inférieure de l'avant-bras en pronation et repousser la tête du radius en avant, en la faisant glisser d'arrière en avant sur la petite cavité sigmoïde.

Enfin, au point de vue du traitement de ces luxations, la pièce de notre malade montre bien l'impossibilité où l'on aurait été de réduire et surtout de maintenir réduite la luxation. D'une part, l'interposition du ligament antérieur replié au-devant du condyle huméral, et, d'autre part, l'absence du ligament annulaire; et, si on suppose la luxation persistant sans réduction, on a les pièces de Prestat et Desault, où une nouvelle cavité articulaire se creuse dans l'humérus au-dessus du condyle.

Séance du 26 juillet 1883.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

13. M. MERKLEN présente à la Société un *anévrisme du tronc brachio-céphalique*.

14. M. le professeur Arnaldo ANGELUCCI est nommé *membre correspondant*.

15. Dilatation bronchique.—Mort.—Autopsie: vaste cavité au niveau de la partie moyenne du bord postérieur du poumon droit; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux,

Le nommé Carpentier (Pierre-Marie) est à l'infirmerie Saint-Jean-Baptiste n° 10, service de M. RAYMOND, depuis le 2 mai 1881. Cet un homme âgé de 68 ans, compositeur d'imprimerie, qui a joui d'une très bonne santé pendant la jeunesse. Son père, mort à 72 ans, se plaignait fréquemment de douleurs rhumatismales. Sa mère mourut de maladie de cœur.

A 30 ans, notre malade eut, à la suite d'un refroidissement, une forte bronchite qui a toujours persisté depuis avec des périodes de recrudescence de temps en temps. Presque tous les ans, il était obligé de suspendre son travail au moment des saisons froides et humides. En 1874.

il eut une nouvelle bronchite aiguë, qui le retint au lit pendant cinq à six mois; et, quatre ans plus tard, il entra à la maison Dubois pour une pleurésie dont il fut soigné par M. le D^r Lécorché.

Le malade raconte que, pendant sa pleurésie, il rendit au milieu d'un accès de toux une certaine quantité de pus, et il s'ensuivit un soulagement considérable. Depuis sa première bronchite, il a toujours un peu de dyspnée qui ne se calme que par une abondante expectoration; cependant, il n'eut jamais d'hémoptysie, ni de crachats noirâtres de mauvaise odeur; jamais de rhumatisme. Eczéma sur le devant de la poitrine en 1870, éruption pour laquelle il fut traité à l'hôpital Saint-Louis. Jamais d'excès alcooliques.

Etat actuel. A notre arrivée à l'hospice des Incurables, au mois de janvier de cette année, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

La toux est fréquente et souvent, au milieu de la nuit, il existe une dyspnée intense qui, n'est soulagée que par une expectoration abondante. Dans la matinée, il arrive quelquefois au malade de remplir deux crachoirs, et les matières expectorées sont muqueuses, inodores et non purulentes.

Le thorax est légèrement aplati à droite et l'expansion de ce côté de la poitrine paraît gênée à chaque mouvement inspiratoire. La *percussion* fait découvrir de la submatité à gauche et en avant, tandis qu'en arrière la matité est complète des deux côtés dans les deux fosses sus-épineuses. La sonorité est à peu près normale dans le reste du poumon gauche, mais il existe de la submatité au niveau de la racine du poumon droit. A l'*auscultation*, en avant et à droite, on ne constate aucun phénomène anormal; à gauche, la respiration est soufflante et l'on entend des râles sous-crépitaux au-dessous de la clavicule. En *arrière*, des râles sibilants et humides sont entendus dans toute la hauteur du poumon gauche, ainsi qu'au sommet et à la base du poumon droit; et, au niveau du hile de ce dernier, l'oreille perçoit un souffle fort, aux deux temps de la respiration, et quand on fait tousser le malade, on entend au même niveau de gros râles humides constituant un léger gargouillement.

L'examen du cœur ne révèle rien de particulier, si ce n'est un peu d'hypertrophie du ventricule gauche, la pointe battant dans le septième espace intercostal. Rien aux organes de la cavité abdominale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'état général est assez bon. Notre malade se lève tous les jours, digère bien ce qu'il prend, et peut encore se promener et aller à Paris de temps en temps.

« Aussitôt qu'il a vidé son poumon, dit-il, il se porte bien. » Il n'y a pas de diarrhée, ni de transpiration la nuit. *Traitement.* Vin créosoté, capsules de térébenthine, quelques petits vésicatoires de temps en temps au niveau du gargouillement. Toniques.

2 février. L'état général est encore assez bon, cependant le malade commence à perdre son appétit. Il digère difficilement le peu de viande qu'il prend encore, et il y a un peu d'amaigrissement. L'expectoration est plus abondante, mais ne calme pas autant la dyspnée qu'au début de l'année. Les crachats sont toujours spumeux, aérés, et quand on les met dans une éprouvette en cristal, il se forme une couche inférieure, opaque, contenant une certaine quantité de globules de pus. Pas d'hémoptysies; quelques vomissements glaireux au milieu des quintes de toux. L'examen du thorax nous révèle une plus grande étendue de la matité au niveau du hile du poumon droit, et le gargouillement est entendu au moins dans les deux tiers supérieurs de ce même poumon. *Traientent.* Le même, en insistant particulièrement sur les toniques, les vins généreux.

10 mars. L'expectoration, qui est toujours abondante, devient fétide. Il existe quelques filaments de sang dans les crachats rendus à la suite de fortes quintes de toux; la dyspnée est presque continue, et c'est à peine si le malade peut se lever pendant deux à trois heures. Cet état de dyspnée augmente de plus en plus, la faiblesse est plus considérable, les membres inférieurs s'œdématisent et le malade meurt le 29 mars, à 7 heures du matin, au milieu d'une quinte de toux.

AUTOPSIE. — L'axe cérébro-spinal ne présente aucune lésion visible à l'œil nu. A l'ouverture de la cage thoracique, on trouve, au niveau du bord postérieur du poumon droit, une très forte adhérence pleurale s'étendant à toute la hauteur des deux lobes supérieurs, et pour extraire le poumon de sa gouttière costo-vertébrale, on est obligé de déchirer le tissu pulmonaire, tant l'adhérence est intense. C'est alors que nous nous trouvons en présence d'une cavité de la dimension d'un œuf de poule environ, remplie de matières muqueuses et légèrement purulentes. Cette cavité paraît être formée par un certain nombre de petites cavités dont les parois se seraient atrophiées en partie pour constituer la cavité principale, car on remarque, sur les parois de cette grande cavité, des saillies en forme de brides qui ne seraient que des vestiges des parois bronchiques non encore complètement disparues. Fait-on passer un courant

d'eau par la bronche droite, immédiatement on voit sourdre l'eau par une multitude de petites ouvertures dont la paroi interne de la grande cavité est criblée, et ces ouvertures, d'où l'eau sort comme d'une pomme d'arrosoir, ne sont que la terminaison des petites bronches dilatées. La paroi externe ou plutôt la paroi costale est constituée par un épaississement de la plèvre, doublé d'un peu de tissu pulmonaire, le tout formant une épaisseur d'environ un demi-centimètre. Au-dessus de cette grande dilatation bronchique, il en existe un certain nombre d'autres plus petites, de dimensions variables, communiquant toutes entre elles avec la cavité principale. On peut dire que tout l'arbre bronchique du poumon droit a subi un certain degré de dilatation, qui porte particulièrement sur les deux lobes supérieurs. Dans le poumon gauche, les bronches sont aussi dilatées jusque dans leurs plus fines ramifications, mais à un degré beaucoup moindre.

La muqueuse des bronches n'est nullement ulcérée. même dans la grande cavité de dilatation bronchique, et partout elle est lisse et n'offre aucune altération bien appréciable à la vue. Pas d'adhérence pleurale à gauche.

En résumé : grande dilatation bronchique de la dimension d'un œuf de poule, située au niveau du lobe moyen du poumon droit, et entourée d'un certain nombre d'autres petites dilatations développées surtout dans le lobe supérieur. Aucun foyer tuberculeux ; la muqueuse bronchique est partout saine.

Le ventricule gauche du cœur est un peu hypertrophié, et le droit légèrement dilaté ; rien aux orifices. Le foie est volumineux et gras à la coupe. Pancréas sain. Rate normale. Les reins présentent les lésions de la néphrite mixte. Rien aux organes génitaux.

16. Otite interne suppurée. — Abscessus de l'apophyse mastoïde. — Méningite suppurée. — Septicémie. — Infarctus du poumon ; par M. le Dr REDARD, chef de clinique chirurgicale à la Pitié.

X..., âgé de 19 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié. Il est malade depuis quatre jours et se plaint de douleurs très vives dans l'oreille du côté gauche. Il répond difficilement aux questions qu'on lui pose et est dans une prostration très marquée.

Il entre dans le service de M. le professeur VERNEUIL, et là on apprend qu'il présente un écoulement chronique de l'oreille gauche datant de son enfance. Il y a quatre jours.

il fut pris de douleurs très vives de l'oreille gauche, principalement marquées au niveau de l'apophyse mastoïde. Fièvre irrégulière, frissons, 40° le soir. Prostration. On constate un écoulement par l'orbille et une perforation de la membrane du tympan. Douleur très marquée au niveau de l'apophyse mastoïde et du tragus, sans gonflement, avec une rougeur très légère. Céphalalgie du côté gauche sans phénomènes paralytiques. Le lendemain de son entrée, le malade est dans le coma et ne répond pas aux interrogations. Même état de l'apophyse mastoïde. Température, 41°.

M. le professeur Verneuil diagnostique une otite moyenne suppurée avec abcès de l'apophyse mastoïde. Il pratique la trepanation de l'apophyse et il s'écoule une assez grande quantité de pus noirâtre et fétide. Après l'opération, légère amélioration. Mais la fièvre continue, avec agitation, diarrhée, et le malade succombe.

AUTOPSIE. — Du côté de l'encéphale, méningite, adhérence des méninges au niveau de la fosse temporale. Oblitération du sinus latéral. Caillot sans pus. Méningite purulente de tout l'hémisphère droit. Infiltration purulente avec abcès cérébral profond. Un stylet introduit sous la cavité de l'apophyse mastoïde soulève les lamelles osseuses du temporal, et il faudrait un très petit effort pour pénétrer dans la cavité crânienne. A ce niveau, l'os est noirâtre mais non carié. La section du rocher indique une otite moyenne purulente, avec lésions chroniques de la caisse. Pas de tubercules. Les cellules mastoïdiennes contiennent du pus infiltré. Les viscères examinés avec soin ne présentent aucune lésion. La rate est volumineuse, noirâtre. Les deux poumons présentent un grand nombre d'infarctus, quelques-uns à la période de ramollissement. Le cœur est sain, pas de signes d'endocardite.

RÉFLEXIONS. — On doit noter dans cette observation la rapidité avec laquelle les accidents méningitiques sont apparus, l'absence de signes extérieurs indiquant une collection cependant abondante de l'apophyse mastoïde. La trepanation, quoique pratiquée au moment de l'entrée du malade, quatre jours après le début de l'affection, a été néanmoins trop tardive. Il existait à ce moment de la septicémie et de la méningite qui ont entraîné la mort du malade.

Le secrétaire,

Ch. TALAMON.

OCTOBRE

Séance du 6 octobre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

1. Fracture du col du fémur et du trochanter simulant une luxation de la hanche. — Delirium tremens. — Mort;
par M. Achille MALÉCOT, interne des hôpitaux.

Le nommé Dietz Auguste, âgé de 47 ans, journalier, entre le 19 octobre 1881, salle Michon, n° 54, service de M. VERNEUIL, hôpital de la Pitié.

C'est un homme vigoureux, bien constitué, mais qui depuis longtemps a des habitudes invétérées d'alcoolisme. Il y a quatre jours, il est tombé d'une hauteur de quatre mètres environ, et depuis lors il s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de remuer le membre inférieur droit. Il ne peut préciser quelle partie du corps a particulièrement heurté le sol au moment de la chute, mais il déclare qu'un médecin, aussitôt appelé, a diagnostiqué une luxation de la hanche et a essayé vainement plusieurs tentatives de réduction. Conduit le lendemain à l'hôpital de Corbeil, il était également traité pour une luxation, mais ces nouvelles tentatives de réduction, bien que faites cette fois sous le chloroforme, furent tout aussi infructueuses que celles de la veille. Le malade fut alors adressé à M. Verneuil. A son entrée, on constate les symptômes suivants : Empatement énorme de toute la cuisse droite et de la région de la hanche correspondante, avec taches ecchymotiques nombreuses et très étendues. Raccourcissement apparent du membre, abduction et rotation en dehors. Tuméfaction considérable de la région fessière. Abolition de tout mouvement spontané et impossibilité pour le malade de soulever le talon ou de corriger la position vicieuse qu'a prise sa jambe. Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors peuvent être seuls provoqués, au prix de vives douleurs ; ceux de rotation en dedans, d'adduction et de

lexion sont impossibles. La palpation ne peut donner d'indications précises, vu l'infiltration excessive de la région. En effet, on ne sent en aucun point la tête du fémur. Il semble cependant que le grand trochanter a subi un mouvement d'ascension. Pas de crépitation. La percussion du talon ne détermine pas de douleur au niveau de l'articulation de la hanche. Pas de rétention d'urine. Température axillaire, 37°.

Le malade est examiné par plusieurs chirurgiens qui portent les uns le diagnostic de *luxation*, les autres celui de *fracture*. M. Verneuil est de ce dernier avis : toutefois il veut, avant de se prononcer définitivement, examiner le malade pendant le sommeil anesthésique, et, comme l'état général n'inspire aucune crainte, il remet au lendemain cette exploration.

Le lendemain, 21 octobre, le malade est chloroformé. La résolution étant enfin obtenue après une très longue période d'agitation, M. Verneuil procède à l'exploration. Pas plus que la veille, il ne peut trouver la tête du fémur, ni percevoir de crépitation. Malgré des tractions énergiques, il n'arrive point à porter la cuisse dans la flexion forcée, l'adduction et la rotation en dedans ; il ne parvient pas non plus à rendre au membre sa longueur normale, et, pendant toutes ces manœuvres, le grand trochanter se meut avec le reste du fémur, montant et descendant avec lui. En présence de ce résultat, M. Verneuil ne peut croire qu'il s'agit d'une fracture du col du fémur, autrement les tractions qu'il a exercées auraient été assez énergiques pour corriger la déviation. Il conclut donc à l'existence d'une luxation en avant, et il se propose de la réduire le lendemain, à l'aide des moufles et des appareils ordinaires. Le soir, cet homme qui, avons-nous dit, était un alcoolique renforcé, est pris de delirium tremens. T. 40°. Teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Traitement, 0gr.10 cen. d'extrait d'opium.

22 octobre. Teinte franchement ictérique de la peau et des conjonctives, mais les urines, traitées par les réactifs ordinaires, ne donnent pas la réaction caractéristique de la présence du pigment biliaire ; il s'agit donc d'un ictère hémaphérique. Les urines ne contiennent point non plus d'albumine. Langue sèche, respiration précipitée, mais aucun signe physique d'affection pleurale ou pulmonaire. T. 40°. Traitement, 0 gr. 10 centig. d'extrait d'opium. Injection hypodermique de morphine de 1 centig. Agitation extrême ; la langue est plus sèche. Rétention d'urine. Très léger oedème au niveau des malléoles, des deux côtés.

Mort, le lendemain matin, à quatre heures.

AUTOPSIE. — Epanchement sanguin considérable dans tous les tissus de la cuisse, remontant dans la gaine du psoas jusqu'au-dessus de la fosse iliaque. Il existe en ce dernier point, entre le fascia iliaca et le muscle lui-même, une collection du volume du poing remplie de caillots noirs et de sérosité sanguinolente. Epanchement notable d'une sérosité analogue dans l'articulation du genou.

La tête fémorale a conservé sa situation normale dans la cavité cotyloïde. *Fracture simple du col et fractures multiples du grand trochanter.* La fracture du col est intra-capsulaire en avant et extra-capsulaire en arrière. Les deux fragments sont entièrement séparés : le fragment inférieur n'est plus retenu que par le ligament de Bertin, seule partie de la capsule restée entièrement intacte. Le grand trochanter, lui, présente une double fracture : 1° Une fracture oblique étendue de la partie interne et supérieure du grand trochanter à sa partie inférieure et externe, se prolongeant en arrière, de façon à sectionner en deux parties égales le petit trochanter, et empiétant sur la diaphyse du fémur sur une longueur de trois centimètres. 2° Une fracture transversale intéressant le cinquième supérieur du grand trochanter. Tous ces fragments ne présentent entre eux aucun engrènement; en revanche, ils sont immobilisés par l'interposition de portions musculaires qu'ils ont déchirées, perforées, et dans lesquelles ils se sont enclavés, sans doute au moment de l'accident. En raison de ce délabrement musculaire, un des fragments osseux a même subi une notable ascension en arrière et en dedans, et se trouve situé à une assez grande distance de la surface de section correspondante.

Foie extrêmement gras. *Poumons, cœur, cerveau* sains. Pas d'embolie des artères cérébrales.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante au double point de vue clinique et anatomique.

Au point de vue clinique, elle montre : 1° La difficulté du diagnostic des affections de la hanche, et en particulier fait voir combien peuvent être minimes, au lit du malade, les différences qui séparent la luxation en avant, de la fracture du col. 2° La gravité redoutable de lésions chirurgicales chez les alcooliques, et la réserve que doit toujours comporter le pronostic en pareil cas.

Au point de vue anatomique, elle est remarquable par

l'étendue des surfaces fracturées et l'importance des déchirures musculaires. La disposition des différents fragments osseux, ainsi enclavés au milieu des muscles, peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de l'absence, pendant la vie, de deux signes d'ordinaire si importants dans le diagnostic des fractures : la crépitation et la douleur provoquée par la pression sur les deux extrémités du membre fracturé. Pour qu'il y ait douleur, et surtout crépitation, il faut, en effet, que les deux fragments puissent heurter l'un contre l'autre ; or, cette rencontre était ici rendue impossible par l'interposition de fibres musculaires.

2. Choléra. — Psorentérie ; par M. Paul de MOLÈNES,
interne des hôpitaux.

V..., Elysée, 26 ans, employé à la gare de Lyon, est entré le 25 septembre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. MESNET. — D'une constitution robuste et ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé, il avait été pris presque subitement la veille au soir de vomissements de plus en plus fréquents ; en même temps, survenaient des selles de plus en plus copieuses, alvines, très fréquentes également. Il avait ainsi passé toute la nuit et le lendemain, à trois heures, on le conduisait à l'hôpital. Les renseignements que nous pûmes avoir sont les suivants : Il n'avait mangé le jour où les accidents cholériques apparurent que de la soupe, du bœuf bouilli et de la salade. Pas de cause d'empoisonnement. Dans la soirée, il avait ressenti une grande lassitude, un malaise général, des coliques, des frissonnements. Puis la diarrhée et les vomissements étaient survenus.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, nous fûmes saisi par le faciès typique du malade. Sa physionomie présentait une altération profonde, les traits étaient contractés par la souffrance, les joues étaient creuses, le nez effilé, les yeux cerclés de noir et profondément enfoncés dans l'orbite. Le pouls était filiforme, à peine perceptible ; les extrémités froides, les ongles presque noirs ; la voix était très faible, la respiration fréquente, mais également très faible. En outre, les selles revenaient à chaque instant très abondantes, blanchâtres ou plutôt grisâtres, très liquides, d'odeur pas trop fétide, contenant un grand nombre de gros flocons grisâtres, riziformes. Au début, au dire du malade, les selles avaient été jaunâtres, bilieuses. Les vomissements étaient très fréquents, douloureux, spasmodiques ; les substances vomies sont les liquides qu'a bus le malade, mélangés à de

la bile. L'anurie est complète. T. R. 38°.4. Thé au rhum. 2 injections hypodermiques d'éther. Lotions vinaigrées.

Le lendemain matin, nous ne constatons aucune amélioration. La température rectale est de 37°.4. La cyanose est toujours aussi considérable, l'algidité périphérique très développée. La langue est rouge, sèche, lisse, la soif très vive, l'appétence nulle. Les selles ont toujours été aussi fréquentes : le malade en a eu environ 20 depuis son entrée; elles sont toujours grisâtres, aqueuses, avec de nombreux grains riziformes. Les vomissements n'ont pas changé de caractère et sont toujours aussi fréquents, aussi pénibles. Le pouls est absolument imperceptible; les battements du cœur sont très précipités et très faibles.

Pas de taches ecchymotiques, mais cyanose considérable des extrémités. Les ongles sont noirs, les mains, les pieds, les oreilles, le nez sont froids, cyanosés. La respiration est anxieuse, fréquente, saccadée; la voix est très faible; le malade répond encore mais avec grande difficulté et lenteur aux questions que nous lui posons. Pas de délire, pas d'agitation. L'anéantissement, l'affaissement, sont complets. Crampes fréquentes, fort douloureuses, consistant en contractions subites gagnant une région puis une autre, mais surtout les membres, particulièrement les inférieurs, qui sont raidis et se meuvent très difficilement.

La peau est sèche, rugueuse : quand on la plisse en un point quelconque, elle reste plissée un certain temps. L'anurie est complète. Le cathétérisme ne donne pas une seule goutte d'urine.

Dans la journée, il n'y eut aucune modification. Les selles, les vomissements furent peut-être un peu moins fréquents. Les autres symptômes restent stationnaires. A 5 heures du soir, température rectale. 37°.6. Mort à 7 heures, dans le coma, sans agitation, sans délire. L'algidité périphérique est alors considérable ainsi que la raideur des membres inférieurs. La température rectale, 30 minutes *post mortem*, est de 35°.1.

AUTOPSIE, le 28 septembre, quarante heures après la mort. —Rigidité cadavérique considérable, surtout aux membres inférieurs. Cyanose énorme des extrémités, ongles noirs. Le faciès n'est pas modifié et toujours caractéristique. Pas de hernie, pas de volvulus, pas d'étranglement interne, pas de péritonite. Congestion de tous les organes.

Rien au pharynx. La muqueuse de l'œsophage est congestionnée, présente une coloration lilas, mais pas de traces d'ulcération. L'estomac est fort congestionné; la muqueuse

est rougeâtre, les vaisseaux turgescents, quelques rares ecchymoses. Dans toute la région pylorique, la muqueuse forme des plis volumineux, saillants, de près de deux centimètres de hauteur, pressés les uns contre les autres, congestionnés, rougeâtres, ressemblant très exactement à des circonvolutions cérébrales congestionnées.

Toute la muqueuse du tube gastro-intestinal est comme lavée par un liquide aqueux, gris-blanchâtre, très abondant, à grains riziformes, en tous points analogue au liquide des selles. La muqueuse intestinale présente une coloration rose tendre, dans toute son étendue; pas d'ulcérations; mais dès qu'ayant ouvert la valvule de Bauhin, on arrive dans l'iléon, on aperçoit un semis énorme de petites granulations grisâtres, du volume d'un grain de millet, sans ulcérations à leur sommet. Ces granulations sont dures, très nettement sensibles au toucher, elles existent également, mais moins confluentes, sur les plaques de Peyer dont quelques-unes sont brunâtres, mais non ulcérées. Extrêmement abondantes dans le dernier mètre de l'intestin grêle, elles diminuent pendant 2^m,50 environ, puis disparaissent complètement. Cette altération spéciale, dont nous donnons plus loin la description microscopique, est désignée par les auteurs sous le nom de psorentérie. Signalons en terminant l'état des autres organes, que nous avons dit être très congestionnés. Adhérences pleurales du poumon gauche. Pas de pleurésie, pas d'emphysème, pas d'apoplexie.

Cœur petit, rétracté, rien aux orifices. Il contient un peu de sang rouge-noirâtre, épais, poisseux et quelques rares caillots très mous, noirâtres. Sang noir dans les veines, poisseux, non coagulé. Le système artériel est vide. Reins normaux; vessie vide, rétractée; rate petite; foie ramolli, très congestionné; la vésicule biliaire renferme de la bile noire et très épaisse. Congestion des méninges qui ne sont pas épaissies, du cerveau et de la moelle. Coloration rouge sombre très particulière de tous les muscles.

Examen histologique, pratiqué par mon collègue M. GRAUDEAU, sur un fragment de l'intestin grêle, à environ 1^m,20 de la valvule iléo-cœcale. — L'épithélium de la muqueuse intestinale a disparu. Les villosités augmentées de volume sont remplies de globules blancs qui en occupent toute l'épaisseur. Dans les glandes, l'épithélium manque dans la majeure partie du tube; au fond des culs de sac, au contraire, les cellules épithéliales existent augmentées de volume. Les follicules clos ont triplé de volume; par places, ils soulèvent la muqueuse, qui contient toujours à leur ni-

veau des glandes et des villosités peu développées ; ils sont gorgés de globules blancs qui en masquent tous les autres éléments anatomiques. La couche musculaire de la muqueuse présente de nombreux globules blancs infiltrés dans son épaisseur et accumulés surtout au voisinage des culs de sac glandulaires. Le tissu sous-muqueux contient également des globules blancs disséminés entre les faisceaux conjonctifs, moins nombreux cependant que dans la couche profonde de la muqueuse. La tunique musculaire de l'intestin est saine. Au voisinage de la séreuse péritonéale, on retrouve des globules blancs disposés par groupes, probablement au voisinage des vaisseaux.

3. Cancer latent du rein gauche. — Urémie. — Mort. — Autopsie ; par M. BUTTE, interne des hôpitaux.

Le nommé Pommereau, âgé de 81 ans, entré le 13 juin 1882 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, salle Labrie, lit n° 21, dans le service de M. QUINQUAUD.

Il est très affaibli et présente depuis quelque temps des troubles intellectuels notables. Son caractère, qui était à peu près normal, a changé, il est sombre, veut se sauver, et refuse de prendre ses médicaments. Il ne comprend pas toujours ce qu'on lui dit, aussi est-il difficile de connaître ses antécédents ; il dit s'être toujours bien porté. Depuis six semaines, il a beaucoup maigri et ne mange presque plus.

A son entrée, on constate le teint jaune des cancéreux, un amaigrissement notable, un peu d'œdème des membres inférieurs. Les artères radiales sont dures, athéromateuses ; irrégularités dans les battements cardiaques ; souffle systolique s'entendant à la base, rien à la pointe, qui bat dans le sixième espace intercostal. Légère dilatation de l'estomac, sans douleur. Le malade mange un peu de viande, mais avec dégoût, n'a jamais vomi, n'éprouve aucune espèce de douleur. Faiblesse des jambes. Quelques étourdissements.

19 juin. Il veut quitter l'infirmerie, se sauver, ne mange pas, déraisonne. Affaiblissement intellectuel prononcé. Ni nausées, ni vomissements. Constipation.

15 juillet. L'amaigrissement s'accroît, les troubles intellectuels également (idées de suicide), probablement phénomènes urémiques. On perçoit dans le flanc gauche une tuméfaction légère, non douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; ce fait, rapproché de l'état cachectique, fait songer à un cancer viscéral, et la localisation et les troubles psychiques à un cancer rénal avec insuffisance d'excrétion. Nous dosons l'urée dans le sang et nous trouvons

14 centigr. pour 100. Le malade urine bien ; ni sucre, ni albumine dans les urines, pas de sang non plus.

2 août. Même état. Quelques irrégularités des battements du cœur. Pouls irrégulier. Quelques râles ronflants en arrière et à droite de la poitrine.

18 août. A encore maigri ; teinte jaune-paille très nette ; mange peu ; pas de vomissements ; pas de douleurs. Urines normales. Il veut toujours se sauver et l'on est obligé de le surveiller, car il a encore des idées de suicide.

30 septembre. Il est très faible ; ce matin, il a eu une syncope qui a duré une demi-heure, il est très pâle ; on n'entend rien au cœur.

1^{er} octobre. Pouls lent ; 44 pulsations à la minute ; estomac très dilaté par les gaz, sans induration nulle part ; pas d'œdème des membres inférieurs.

2 octobre. Amaigrissement squelettique. Le malade ne se nourrit plus. Somnolence.

3 octobre. Il s'éteint sans agonie, à 6 heures du matin.

AUTOPSIE, le 4 octobre. — *Encéphale*. Les artères basillaires et sylviennes sont indemnes. Rien du côté de la protubérance du cervelet et du bulbe ; rien non plus dans les couches corticales ni dans les noyaux centraux des deux hémisphères.

Cœur. Caillots gelée de groseille récents dans l'oreillette gauche. Pas d'insuffisance aortique, bien que les valvules soient un peu épaissies. Quelques rugosités vers l'orifice aortique. L'orifice mitral est à peu près sain. Le cœur est revenu sur lui-même, il est épaissi ; le ventricule gauche a 0,015 millimètres d'épaisseur à 0,02 centimètres de la pointe ; au niveau de la valvule mitrale, il a 0,02 centimètres. Les cordes charnues qui sous-tendent la valvule mitrale sont très saillantes. Les artères coronaires sont rigides, saillantes à la surface du cœur qui ne présente pas de surcharge graisseuse (celle-ci ayant été résorbée) ; elles sont crétacées, mais laissent encore une petite lumière ; leur orifice sigmoïdien est conservé, bien qu'épaissi. Poids du cœur : 370 grammes.

Aorte. L'aorte thoracique est scléreuse, sans athérome bien accentué ; l'abdominale est athéromateuse, cassante ; on y trouve par places des ulcérations remplies par une bouillie grisâtre.

Poumons. Droit : emphysème à la partie postérieure ; œdème dans le lobe inférieur. Gauche : on voit à la partie inférieure du lobe inférieur un nodule caséeux assez uniforme et présentant un peu l'aspect d'un tissu carcinoma-

teux. *Plèvre*. Au sommet gauche et en arrière, on trouve également un nodule carcinomateux, du volume d'un œuf de pigeon.

Estomac. Très dilaté. *Foie* congestionné; la vésicule biliaire contient un grand nombre de très petits calculs. *Rate* normale. *Reins*. Le rein droit est pâle avec quelques kystes. Un noyau cancéreux du volume d'une noix se trouve à sa partie supérieure. Poids, 135 grammes. Le rein gauche est très volumineux. Poids, 1,630 grammes. Péri-néphrite adhésive. Sa surface est lobulée et présente des bosselures; à la coupe on voit des noyaux cancéreux disséminés, offrant diverses colorations; on fait sourdre le suc cancéreux par le raclage. La prostate est hypertrophiée. Vessie à colonnes, sans néoplasme. Les ganglions abdominaux ont subi la dégénérescence cancéreuse.

Examen histologique des noyaux cancéreux. — Cet examen, pratiqué par M. QUINQUAUD, a montré un tissu alvéolaire avec trames fibreuses, circonscrivant des espaces remplis de cellules de diverses dimensions avec une grande quantité de granulations jaunes d'hématine. Les vaisseaux y sont très développés, ce qui explique les hémorragies et les teintes variées du cancer encéphaloïde.

RÉFLEXIONS. — L'autopsie nous a montré un cancer du rein gauche; ce cancer était latent puisque, à part une tuméfaction peu prononcée dans le flanc gauche, rien ne permettait de localiser la tumeur; le malade n'avait en effet jamais accusé de douleur au niveau du rein, jamais il n'avait eu d'hématurie; aussi le diagnostic eût-il été fort difficile, si notre maître, M. Quinquaud, en présence des troubles psychiques présentés par le malade, n'eut songé à des phénomènes urémiques et ne nous eut fait doser l'urée dans le sang. Ce dosage nous a permis de constater une accumulation énorme d'urée dans le liquide sanguin: 0 gr. 14 au lieu de 0 gr. 016 pour 100, chiffre normal. Cette insuffisance d'excrétion d'un des principaux éléments de l'urine, jointe aux signes du cancer, nous a autorisé à affirmer pendant la vie l'existence d'une lésion néoplasique du rein. Nous nous permettrons, suivant en cela les conseils de notre maître, d'insister sur ce fait et de faire remarquer l'importance qu'il faut attacher dans certains cas à l'examen du sang. Cet examen, dont on voit ici l'utilité, n'est pas moins indispensable dans d'autres affections des reins,

la néphrite interstitielle des vieillards, par exemple, dans laquelle souvent on ne constate pas d'albumine dans les urines, et qui, cependant, est caractérisée par certains troubles psychiques, certains phénomènes dyspnéiques que l'on ne pourrait rattacher avec certitude à une insuffisance d'excrétion par lésion rénale, si l'analyse chimique du sang ne venait lever tous les doutes.

M. QUINQUAUD. Il s'agit là d'un cancer latent du rein. Cependant, le diagnostic a pu être fait en se fondant sur la dilatation du flanc gauche et la teinte cachectique du malade. — Le fait intéressant à relever, à propos de ce cas, c'est l'apparition de symptômes d'aliénation mentale. L'agitation maniaque est une des formes d'urémie assez commune chez le vieillard. Dans le fait de M. Butte, l'urémie n'était pas douteuse, l'analyse chimique du sang a montré la présence de l'urée en notable quantité. La constatation de ce fait nous avait permis de diagnostiquer une affection récente, bien que les autres signes laissassent dans l'esprit quelque indécision relativement au siège précis de la lésion.

M. BALLET observe que ce fait vient une fois de plus démontrer le peu de fondement de la proposition formulée par quelques auteurs, à savoir que les accidents urémiques ne s'observeraient pas dans le cours de la néphrite interstitielle sénile. Ils revêtent des formes différentes de celles qu'ils affectent chez l'adulte, voilà tout; lorsqu'on se donnera la peine de les chercher, on constatera certainement qu'ils sont beaucoup moins rares qu'on ne l'a dit.

M. BRISSAUD, à propos du délire relaté dans le cas précédent, rappelle que, chez les malades atteintes de cancer de l'utérus, on constate assez souvent ce symptôme qui résulte de l'intoxication urémique déterminée elle-même par l'oblitération des uretères.

M. HANOT a vu un urémique chez lequel l'aliénation s'est manifestée sous forme de délire des grandeurs.

4. Microbes dans le liquide de pustules ecthymateuses chez un typhique ; par M. Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

Chez un typhique observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. LAILLER, il s'est développé, vers le seizième ou le dix-huitième jour de la maladie, des pustules d'ecthyma bulleux sur les fesses. La fièvre oscillait vers 40°, les taches rosées lenticulaires étaient abondantes : le ballonnement du ventre marqué ; il existait vers la base des poumons de la matité et des râles sous-crépitaux nombreux. Le diagnostic ne faisait aucun doute et la maladie devait être rapprochée des formes thoraciques et adynamiques.

Le liquide de ces pustules ecthymateuses a été recueilli avec les précautions nécessaires et immédiatement examiné au microscope. Les bulles ont été crevées avec l'extrémité effilée de tubes de verre chauffés à une température voisine de la fusion au bec de Bunsen et immédiatement bouchés à leur extrémité libre par un petit tampon de ouate. Les lames et les lamelles ont été flambées à la lampe à alcool avant de recevoir le liquide à examiner. Les préparations ont été immédiatement lutées.

Indépendamment des globules blancs et rouges, le microscope a montré de nombreux microbes animés pour la plupart d'un mouvement intense. On rencontrait des granulations très réfringentes, isolées ou réunies deux à deux, et des chapelets composés de trois à six ou sept éléments semblables.

Le sang a été recueilli avec les mêmes précautions ; une douzaine de préparations ont été faites. Malgré un examen minutieux nous n'y avons rencontré que deux ou trois éléments doubles animés d'un mouvement oscillatoire assez rapide.

Un vésicatoire ayant été appliqué, nous avons procédé, dans les mêmes conditions, à l'examen de la sérosité. Nous nous sommes servi de deux tubes, le vésicatoire ayant provoqué l'apparition de deux bulles complètement séparées. Dans l'une nous avons trouvé de nombreux microbes ; dans l'autre, ils faisaient totalement défaut. Peut-être est-il possible de s'expliquer cette particularité en supposant que l'une des deux bulles comprenait dans son territoire des pustules acnèques déjà remplies d'éléments vivants.

M. NETTER a fait des recherches du même ordre que celles de M. Mathieu. Il a trouvé des microbes dans les pustules ecthymateuses de la fièvre typhoïde, ainsi que dans le pemphigus.

M. DU CASTEL rappelle, à cette occasion, ses recherches sur la contagiosité de l'ecthyma des varioleux.

M. HANOT a signalé il y a quelque temps dans le cours de la fièvre typhoïde des éruptions de miliaire, dont les vésicules renfermaient des bactéries. Il a donné à ces poussées miliaires le nom de *miliaire bactérienne*. Depuis son travail, M. Hanot a constaté d'autres faits du même ordre, toutefois, il aurait de la tendance à être moins absolu relativement à la signification pathogénique qu'il avait tout d'abord attribuée à ces poussées miliaires.

M. JOSIAS a observé à la Charité une éruption miliaire chez un typhique, qui d'ailleurs a succombé.

5. Pyopneumothorax, par M. le D^r Albert JOSIAS, chef de clinique de la Faculté.

Le nommé Herbold Clément, âgé de 44 ans, homme de peine, est entré le 5 avril 1882, salle Saint-Charles, lit n° 21, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur HARDY.

Antécédents. Père, mort phthisique; mère, âgée de 68 ans, bien portante; deux sœurs en bonne santé; un frère mort en bas âge. Femme bien portante; deux enfants également bien portants.

Commémoratifs. Etant enfant, a eu la gourme, mais n'a jamais eu de glandes au cou, ni mal aux yeux. Pas d'antécédents spécifiques. Aucune maladie antérieure; a fait des excès alcooliques. Ce malade, d'une constitution solide, est homme de peine dans un magasin de nouveautés; il a pour mission principale de descendre dans un sous-sol humide des ballots pesants; or, il y a vingt jours environ, étant en sueur, il eut un refroidissement dans ce sous-sol; ce refroidissement s'accompagna d'une sensation de constriction douloureuse autour de la poitrine, d'un malaise général. Il continua néanmoins à travailler cinq ou six jours environ; son travail était pénible. Il se fatiguait très facilement, perdant rapidement haleine. Il n'avait pas de frissons, de sueurs, de fièvre. C'est alors qu'il s'alita. Ce jour-là, à deux heures du matin, étant dans son lit, il fut réveillé brusquement par un *violent point de côté, à droite*, qui s'accompagna d'une expectoration caractérisée par des crachats verts, amers, assez abondants et que le malade évalue à cinq cents grammes. Le reste de la nuit se passa tranquillement,

avec quelques phénomènes de toux pénible, de crachats collants. Depuis cette époque, le malade prétend n'avoir rien éprouvé autre qu'une toux persistante, accompagnée de crachats blancs, rarement verdâtres. Les nuits étaient calmes et son appétit conservé.

Le 5 avril, il se présente à la consultation de l'hôpital de la Charité, à l'effet de se faire traiter d'une toux pénible qui l'empêche de dormir; son faciès était alors cyanosé, ses lèvres violacées.

Le soir, à la contre-visite, nous constatons les phénomènes suivants : Faciès violacé; lèvres bleuâtres; oppression légère; expectoration peu abondante; crachats rares, muqueux, aérés. Pouls fréquent, régulier, 108. T. 39°, 4. *Poitrine*. Vibrations thoraciques conservées; sonorité normale; râles sibilants, ronflants et sous-crépitaux fins, disséminés en arrière des deux côtés de la poitrine; ni souffle, ni égophonie. *Cœur*. Battements normaux, masqués en partie par les râles de la poitrine. Les autres organes ne révèlent rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Ce soir-là, nous diagnostiquons une bronchite généralisée, intense, et nous prescrivons un julep morphiné et l'application de 20 ventouses sèches sur la poitrine et le dos. Nuit agitée par une toux continuelle, expectoration fréquente, crachats abondants.

6 avril. Crachats abondants (le crachoir est plein), blancs, muqueux, très aérés. Pas de crachats verdâtres. Pouls, 112. T. 39°, 4. *Poitrine*. En avant, sonorité, râles sibilants et ronflants; en arrière, sonorité à gauche, légère submatité à la base droite. Râles sibilants et ronflants disséminés; à la base droite, près de la colonne vertébrale, *souffle amphorique, résonnance amphorique de la toux, succussion hippocratique*. Pas de bruit d'airain, ni de tintement métallique, ni de frottements. En présence de ces signes, nous reprenons l'interrogatoire du malade, nous le pressons de questions et nous reconstituons ses commémoratifs, tels que nous les rapportons plus haut. *Traitement* : Application d'un vésicatoire en arrière de la base droite du poulmon. Julep avec rhum, 40 gr.; extrait de quinquina, 4 gr.

7 avril. Même état. T. matin, 38°, 3; soir, 40°, 2.

8 avril. Expectoration fréquente; crachats abondants, muqueux, très aérés. Ça et là, quelques crachats purulents, pas de crachats sanguinolents. Ni l'haleine, ni les crachats ne sont fétides. La respiration se fait facilement. *Poitrine*. En arrière et à droite, *légère ampliation*; absence d'œdème de la paroi thoracique; vibrations thoraciques conservées à gauche et en arrière: vibrations thoraciques

abolies au niveau du tiers inférieur du poumon droit, en arrière. Matité en arrière, à droite, tiers inférieur.

Auscultation. En arrière et à droite, vers le tiers moyen, on perçoit du souffle amphorique, de la résonnance amphorique de la toux, de la succussion hippocratique, une respiration rude. Râles sibilants disséminés. En arrière et à gauche, râles sibilants et sous-crépitants, nombreux, disséminés. Pendant que nous examinons le malade, il a une violente quinte de toux et rend quelques crachats purulents. Sueurs profuses. T. matin 38°,8; soir 40°,3. *Même traitement* : rhum et extrait de quinquina. Vin.

9 avril. Faciès cyanosé. Dyspnée. Diminution de la résonnance amphorique, de la toux; succussion hippocratique persistante. T. matin, 37°,8; soir, 39°,5.

10 avril. *Vomique.* Le malade vient de remplir en l'espace de trois heures quatre crachoirs; ceux-ci sont remplis de pus fétide. Affaiblissement des forces; voix affaiblie. Dyspnée intense. 28 respirations. Haleine fétide. *Poitrine* : En avant, sonorité; respiration bruyante. En arrière et à droite, la percussion est douloureuse, la respiration affaiblie au sommet est abolie à la base. Vers le tiers moyen postérieur droit, on perçoit, à la fin de l'inspiration, un petit bruit, semblable à un gros râle sous-crépitant, un peu éloigné, mais ne présentant pas les caractères du tintement métallique. Le malade ayant toussé, on perçoit distinctement le souffle amphorique, la résonnance amphorique de la toux, la succussion hippocratique T. 39°,2. *Soir.* Lèvres violacées. Pas de dyspnée. Haleine fétide. Toux peu fréquente. Expectoration peu abondante. Crachats purulents fétides. Mêmes signes stéthoscopiques. Pas de bruit d'airain. *Examen des crachats* : Leucocytes en très grand nombre. Bactéries multiples. Quelques cellules pavimenteuses à gros noyau. Pas de fibres élastiques. Nuit calme, tranquille. Le malade se trouve mieux. T. 38°,8.

11 avril. Langue humide; pas d'oppression, haleine fétide, crachats purulents, aérés, comme battus par de l'air. Mêmes signes stéthoscopiques du côté de la poitrine. Même traitement et fumigations avec le goudron. *Soir.* Même état de calme.

12 avril. Haleine très fétide. Expectoration abondante. *Vomique* (2 crachoirs de pus). Enrouement. Insomnie. Mêmes signes stéthoscopiques. Le côté droit de la poitrine est amplifié. *Soir.* Crachats moins abondants, moins fétides, très aérés. Le malade est plus calme.

13 avril. Crachats abondants, purulents, très fétides. A

l'auscultation. on ne perçoit plus le souffle amphorique ni la résonnance amphorique de la toux. La succussion hippocratique persiste.

14 avril. Vomique (trois crachoirs de pus). Pus fétide. Le malade est très fatigué, a de l'insomnie, les yeux excavés. Souffle amphorique. Résonnance amphorique de la toux. Succussion hippocratique. Soir. Toux continuelle. Expectoration abondante. Dyspnée. Faciès fatigué. Lèvres cyanosées. Crachats abondants, purulents, fétides, peu aérés. Sueurs profuses. *Poumon droit, en arrière.* A la base : Ampliation. Vibrations abolies. Matité. Au niveau du tiers moyen, souffle amphorique plus étendu, ayant son maximum au niveau du bord axillaire. Résonnance amphorique de la toux. La succussion hippocratique est moins accusée. En l'espace de 24 heures, le malade a rempli six crachoirs de pus. *Poumon gauche :* Râles sibilants et sous-crépitants à la base. Absence d'œdème.

15 avril. Nuit mauvaise, agitée. Respiration trachéale, pénible, bruyante, râlante. Asphyxie. Faciès violacé, lèvres froides, sueurs visqueuses sur le front. Pouls petit, fréquent. Affaissement. Le malade semble comprendre les questions qu'on lui adresse, mais n'a pas la force d'y répondre. *Traitement.* 4 injections d'éther faites coup sur coup. Elles parviennent à faire sortir le malade de sa torpeur, momentanément. Mort à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, on ne trouve absolument rien dans la grande cavité pleurale droite : ni liquide, ni fausses membranes.

Les plèvres, surtout à droite, étant décollées avec les plus grandes précautions, on enlève les poumons. Pendant cette manœuvre, on voit sourdre, au tiers inférieur du bord postérieur du poumon droit, une notable quantité de pus épais; cette issue de pus semble être le résultat d'une déchirure pleurale produite par les tractions que nécessitait l'enlèvement du poumon. Les poumons étant sur la table, nous constatons, à la face postéro-interne du poumon droit et empiétant sur la face médiastine inférieure, une poche pleurale pouvant avoir les dimensions d'une tête de fœtus à terme et contenant un liquide purulent, bien lié, fétide. Cette poche est bien limitée, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre en plongeant la main dans son intérieur et en la circonscrivant. Une insufflation pratiquée avec un soufflet dans la bronche droite permet à l'air d'arriver dans cette poche par plusieurs orifices (3 à 4), situés à la partie inférieure de la poche et répondant au parenchyme pulmonaire.

L'incision des bronches, depuis les plus grosses jusqu'aux plus petites, c'est-à-dire jusqu'à la poche pleurale, permet de constater que le parenchyme pulmonaire n'est nullement hépatisé, suppuré; en outre, on constate aisément, au niveau de la poche, que le feuillet pleural qui recouvre le poumon est manifestement épaissi.

La pleurésie purulente occupe donc la partie postéro-inférieure du poumon droit, au niveau de son bord postérieur, et empiète sur la moitié inférieure de la face médiastine.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à publier, parce qu'elle répond à un type de pleurésie purulente enkystée, survenue d'une manière insidieuse, latente et se traduisant tout d'abord par des symptômes de bronchite généralisée. Plus tard, lorsque le diagnostic de pyopneumothorax fut nettement et indiscutablement établi, nous étions en droit de discuter l'opportunité de l'empyème, d'autant plus que les signes stéthoscopiques occupaient le tiers inférieur du côté droit de la poitrine. Or, si nous nous reportons aux détails de l'autopsie, nous devons nous féliciter de n'avoir pas eu recours à l'opération de l'empyème, puisque la poche purulente se trouvait protégée et par le poumon et par la grande cavité pleurale.

Séance du 13 octobre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

6. Sarcome de la plante du pied ; par M. JARDET,
interne des hôpitaux.

Le nommé J. Antoine, instituteur, est entré le 21 août 1882 à la Maison municipale de santé, salle II, lit n° 3, service de M. le Dr BLUM.

Antécédents héréditaires excellents. Le père est mort d'une affection aiguë de la poitrine. La mère est encore vivante. Le malade s'est toujours bien porté. — Pas de

syphilis, pas d'alcoolisme. Il y a 14 ans que le malade dit avoir remarqué une grosseur à la plante du pied gauche. Depuis cette époque, le volume de la tumeur et la gêne pendant la marche ont toujours augmenté. En 1874, le malade vint à Paris consulter M. Marchand, chirurgien des hôpitaux, qui le détourna d'une intervention et lui conseilla d'attendre. Par suite de la gêne, le malade fut obligé de porter une chaussure spéciale, au moyen de laquelle la marche était peu pénible. Le malade pouvait même aller à la chasse. Le pied ne reposait sur le sol que par l'extrémité du talon et la tête des métatarsiens, qui reposaient sur une semelle élevée.

Au moment de son entrée dans le service, le malade, d'apparence robuste, présente au pied gauche une déformation notable, nullement appréciable du côté de la face dorsale. La face plantaire ne présente plus la forme concave à la partie interne, mais elle présente au contraire une légère saillie qui bombe en bas, près du bord interne du pied. La tumeur se détache insensiblement des parties molles. Elle s'étend : en avant, jusqu'à une ligne allant du milieu du premier au milieu du cinquième métatarsien; en arrière, jusqu'à deux travers de doigt du bord postérieur du talon. En dehors, elle s'étend jusqu'au bord interne du cinquième métatarsien. En dedans, la tumeur se prolonge jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la malléole, et semble se prolonger le long du muscle jambier postérieur. En somme, la voûte du pied est remplie par une tumeur mal limitée, légèrement vacillante.

La peau est normale, non adhérente. Les veines sont légèrement dilatées. Le palper est peu douloureux sur la tumeur même, mais l'est un peu plus au niveau de ses limites et spécialement au bord interne du calcaneum. La fluctuation semble très nette, ce qui fait penser à un abcès froid d'origine osseuse, ayant pour point de départ le calcaneum. Le malade ne ressent aucune douleur, mais d'assez vives démangeaisons le soir, lorsqu'il a fait des marches un peu fatigantes. D'ailleurs, aucune trace d'inflammation au niveau ou autour de la tumeur.

24 août. On pratique une ponction aspiratrice qui ne donne pas de liquide. Lorsqu'on retire le trocart, il reste à l'extrémité du trocart une matière molle, rougeâtre, qui, portée sous le microscope, présente la structure du sarcome. — L'état général du malade est très bon. Les poumons, le cœur sont examinés et ne présentent aucun symptôme anormal. Les ganglions du creux poplité et de l'aîne ne sont nullement engorgés.

30 août. Le chirurgien pratique l'amputation à deux lambeaux au 1/3 inférieur de la jambe.

Les lambeaux sont réunis par des points de suture de fils d'argent. Le moignon est recouvert de tarlatane phéniquée et d'ouate. La dissection de la pièce est faite le soir même de l'opération. Lorsque la peau fut enlevée, la tumeur apparut à la partie interne du pied et à la partie externe bridée par les aponévroses de la plante du pied. A la partie moyenne, la tumeur fait saillie au-dessous de l'aponévrose plantaire et des muscles de la couche superficielle. En arrière et en dedans, elle se prolonge derrière le tibia et repose sur les tendons du jambier postérieur et du long fléchisseur du gros orteil. En avant, elle s'étend jusque vers le milieu des métatarsiens. Le calcaneum étant scié au niveau de sa face inférieure, les muscles fléchisseurs superficiels sont rejetés en avant et laissent à nu la face inférieure de la tumeur, libre de toute adhérence et présentant le volume de deux œufs de poule légèrement aplatis au milieu. La tumeur se compose de deux parties : une antérieure et une postérieure séparées par un sillon.

La partie postérieure présente le prolongement en haut derrière le tibia. La consistance est molle, la couleur gris jaunâtre. Lorsqu'on saisit la tumeur, on la sépare facilement des muscles profonds sur lesquels elle repose. Audessous d'elle, on aperçoit très nettement les artères et les nerfs plantaires, auxquels elle n'adhère nullement, pas plus qu'aux tendons des longs fléchisseurs. En somme, cette tumeur est située entre les muscles superficiels et profonds, et n'adhère ni au squelette ni aux articulations, ni aux tendons. Les vaisseaux et les nerfs sont libres de toute adhérence. Le prolongement du côté de la jambe n'adhère nullement aux organes environnants.

Un morceau de la tumeur est conservé dans l'alcool absolu. Des coupes pratiquées sur des morceaux pris en pleine tumeur montrent un tissu formé de cellules embryonnaires fusiformes, sans trame conjonctive, facilement colorées par le picro-carmin. La coupe présente en plusieurs points des vaisseaux sanguins dont la paroi est également constituée par des cellules embryonnaires.

31 août. Le lendemain de l'opération, le malade a une température de 37°,8 le matin ; la veille il a eu une température de 38°,5 le soir. Pas de fortes douleurs, mais sensation de constriction au niveau du moignon. Pas d'hémorrhagie.

1^{er} septembre. 48 heures après l'opération, le malade après avoir pris un léger purgatif d'eau d'Hunyadi, pré-

sente un commencement d'ictère, qui s'accroît bientôt.

5 septembre. La jambe devient rouge, tendue, douloureuse au moindre mouvement et à la pression. En certains points, elle présente de l'œdème. Dans d'autres points, on sent nettement la fluctuation. Une incision pratiquée au 1/3 moyen de la jambe donne issue à une grande quantité de pus jaunâtre. T. 38°,5. Malgré cela, pas de phénomènes généraux.

7 septembre. Vomissements, qui se continuent les jours suivants. Albumine dans les urines. *Teint jaune de la peau*, qui est toujours ictérique. Le volume du foie est normal et plutôt plus petit. Les jours suivants, amélioration.

REFLEXIONS. — En résumé, nous avons eu affaire à un sarcome ayant mis 14 ans à évoluer, n'ayant jamais présenté de tendance à s'étendre au delà de la plante du pied, et ne présentant d'adhérences ni aux os, ni aux articulations, ni aux gaines tendineuses, pas plus qu'aux vaisseaux et aux nerfs et s'étant développé dans le tissu conjonctif intermusculaire situé entre les couches superficielle et profonde de la plante du pied.

7. **Lipome du cordon** ; par M. BROSSARD, interne des hôpitaux.

Le nommé Degueil, cultivateur, âgé de 37 ans, entre le 10 octobre 1882 dans le service de M. CRUVEILHIER, à la Maison de santé, pour se faire opérer d'une tumeur énorme des bourses qui lui rend la marche très difficile et l'empêche de travailler. En examinant le malade, on voit en effet une tumeur remplissant les bourses et remontant dans le canal inguinal du côté gauche et dans laquelle disparaît la verge.

Le début de cette tumeur remonte au mois de janvier 1876. Le malade, qui a toujours joui d'une très bonne santé, et qui, à son entrée à l'hôpital, présente encore un très bon état général, raconte qu'à cette époque il a senti auprès du testicule gauche une petite boule grosse comme une noisette et absolument indolore à la pression. Au bout d'un mois, cette boule est devenue grosse comme un œuf, et elle paraissait complètement indépendante du testicule auprès duquel elle s'était formée. Le malade se plaignait seulement de quelques élancements. Bientôt de nouvelles boules se sont formées autour de la première, les unes à côté des autres, et la tumeur s'est ainsi développée de bas en haut,

sans beaucoup de douleurs. Enfin, au mois de mai dernier, elle avait atteint la proportion qu'elle présentait au moment de l'opération.

Au mois de mai dernier, un médecin de province fait une ponction exploratrice dans la tumeur, et cette ponction est suivie de la formation d'un abcès, qui force le malade à rester au lit. Au commencement d'août, le malade qui souffre beaucoup depuis la première ponction va trouver un second médecin; celui-ci lui fait une seconde ponction, et il s'écoule du pus jaunâtre en grande quantité. Le malade dit qu'il a été bien soulagé, mais depuis il est resté une fistule par laquelle s'écoule toujours un peu de pus. Enfin, à la fin de septembre, il se décide à venir à Paris pour se faire débarrasser de cette tumeur, qui le rend absolument infirme.

La tumeur présente une forme ovale, s'étend assez haut dans le canal inguinal gauche, et l'on voit à la partie inférieure une partie, à parois plus minces, fluctuante et transparente. La longueur totale de la tumeur est de 34 centimètres, et sa circonférence, vers la partie moyenne, de 54 centimètres. La peau qui la recouvre présente de grosses veines très dilatées, et l'on sent sur le côté droit de la tumeur le testicule droit, qui est absolument sain. A la partie postérieure et inférieure, on voit une fistule consécutive à la seconde ponction, et la peau qui, dans tous les autres points, glisse facilement sur la tumeur, est un peu adhérente en cet endroit. Par le palper, on sent une tumeur bosselée donnant la sensation d'une fausse fluctuation, comme si on avait affaire à une tumeur solide, recouverte par une couche de liquide contenu dans la tunique vaginale. Cependant, pas de transparence, si ce n'est à l'extrémité inférieure.

Le malade n'accuse pas de douleur à la pression, et l'état général est très bon. On ne trouve pas de ganglions malades dans la fosse iliaque.

Opération faite le 12 octobre par M. Blum, chirurgien des hôpitaux. — La tumeur se dégage très facilement des enveloppes des bourses épaisses qui la recouvrent; on décortique avec les doigts le prolongement, gros comme les deux poings d'un adulte, qui est compris dans le canal inguinal, et on lie le pédicule vasculaire situé à la partie supérieure de la tumeur. On enlève ensuite facilement la tumeur, et on réunit les deux lèvres de la plaie par 30 points de suture.

Description de la tumeur. — La tumeur enlevée présente une couleur blanchâtre et paraît composée de plu-

sieurs lobules séparés par des capsules fibreuses; on y reconnaît deux parties bien distinctes, l'une énorme, comprenant les deux tiers inférieurs et qui était contenue dans les bourses, l'autre, plus petite et composée de deux lobes superposés, et qui était contenue dans le canal inguinal. Toute cette tumeur présente la consistance molle particulière au lipôme. Elle pèse 4 kilog. 500 grammes.

En faisant une incision longitudinale sur la partie médiane de la tumeur, on tombe, après avoir incisé une coque fibreuse formée par les enveloppes du cordon, sur un tissu blanc jaunâtre, très peu vasculaire, et ressemblant beaucoup à l'œil nu au tissu graisseux. Entre les lobes, on voit des tractus fibreux, qui sont probablement les vestiges des éléments du cordon. Dans ce tissu, on voit, à la partie inférieure, un abcès gros comme une orange, qui correspond au point où a été faite la première ponction. Un peu au-dessous de cet abcès, la tumeur présente une portion plus molle, et ressemblant beaucoup comme consistance aux polypes muqueux du nez.

Enfin, à côté de cette partie plus molle, se trouve le kyste inférieur que l'on ouvre, et d'où sortent à peu près 100 grammes d'un liquide semblable à celui de l'hydrocèle, contenant beaucoup d'albumine, et dans lequel on n'a pas trouvé de spermatozoïdes. Ce kyste n'est autre chose que la tunique vaginale distendue par l'hydrocèle, et l'on trouve, dans la paroi gauche du kyste, le testicule gauche un peu atrophié, mais paraissant absolument sain. La tête de l'épididyme est libre dans la cavité vaginale, tandis que la queue se perd dans les parois du kyste; d'ailleurs l'épididyme est normal.

L'examen histologique, fait par mon collègue M. RIBAIL, a fait reconnaître que cette tumeur était un lipome pur.

RÉFLEXIONS. — On a donc eu affaire dans ce cas à un lipome qui s'est développé dans le tissu cellulaire du cordon, en provoquant une hydrocèle dans la tunique vaginale du côté gauche.

9. Synovite fongueuse de la gaine palmaire de l'index droit. — Désarticulation du doigt. — Anatomie pathologique; par M. DOREN, interne des hôpitaux.

Le nommé T. Amédée, âgé de 41 ans, écrivain, entre le 31 mars 1882, salle Saint-Michel, n° 24, à l'hôpital Tenon. Cet homme, d'une bonne constitution, se mit écrivain en quittant le service militaire. Il dut travailler de dix à

douze heures par jour. Au bout de quelque temps, il éprouva des crampes douloureuses dans l'index droit, à la fin de ses journées. Il y a douze mois environ, une certaine tuméfaction se produisit à la face palmaire de la première phalange. Ce gonflement augmenta peu à peu.

L'impotence du doigt fit entrer le malade dans le service de M. CHAMPIONNIÈRE, remplacé par M. le D^r SCHWARTZ.

La face palmaire de l'index droit est le siège d'une tuméfaction profonde. Les mouvements sont fort gênés. On peut reconnaître par le palper une tumeur en forme de boudin, le long des tendons fléchisseurs, pénétrant avec eux dans la paume de la main. Une application de pointes de feu reste sans influence sur le mal.

26 avril. M. Championnière fait le curage aussi complet que possible des fongosités. La plaie cutanée, réunie par des sutures de crin de Florence, pansée avec la méthode antiseptique, se ferme en huit jours. Les fongosités se reproduisent avec une rapidité surprenante.

1^{er} juillet. M. Championnière fait une nouvelle tentative de grattage. L'opération ne peut être menée à bonne fin. La plaie est refermée. Ses deux extrémités restent fistuleuses.

L'amputation du doigt est pratiquée le 20 juillet. Le cul-de-sac supérieur de la synoviale est extirpé de la paume de la main où il se prolonge jusqu'au niveau du pli cutané de flexion de l'index.

La *pièce anatomique* est incisée par la face dorsale, les trois phalanges sont sciées d'arrière en avant, toute la gaine des tendons fléchisseurs est bourrée de fongosités d'un gris rose, disposées par petits lobules du volume d'un grain de millet à celui d'un petit pois. On y remarque à la partie supérieure un semis de points translucides. Ces fongosités sont limitées par la séreuse et entourent complètement les tendons sans leur adhérer. Ce sont des végétations de la face séreuse de la synoviale, dont le feuillet celluleux se détache aisément des tissus environnants. Le cul-de-sac supérieur offre la forme d'un boudin à extrémité déprimée, au centre de laquelle pénètrent les tendons fléchisseurs. En un seul point, au niveau du col de la première phalange, les fongosités font éruption au contact du périoste.

L'articulation métacarpo-phalangienne commençait à être envahie. Il existe un point carié à l'extrémité articulaire de la phalange, dont le cartilage est aminci. Tout autour, le périoste est vascularisé et se détache aisément.

La coloration gris terne de l'épiphyse de la phalange laisse voir quelques granulations d'apparence tuberculeuse.

L'examen histologique nous montre que les fongosités sont constituées par une foule de lobules séparés par des cloisons celluleuses. Chacun d'eux est formé d'une série de follicules tuberculeux élémentaires, qui n'ont pas subi la dégénérescence centrale. Ce fait ne nous étonnera pas, car la reproduction de ces fongosités ne date que de trois semaines, c'est-à-dire de la dernière opération de curage. Les coupes de l'extrémité supérieure de la grande phalange nous montrent une série de dix à douze granulations tuberculeuses, formées de petits blocs réfringents et disposées en un petit amas au niveau du point carié.

9. Plaie de la main. — Lymphangite. — Abscès de la bourse olécrânienne. — Gonflement éléphantiasique des tissus du membre supérieur. — Envahissement rapide des parois de l'abcès et de l'articulation du coude par les fongosités tuberculeuses ; par M. DÖYEN, interne des hôpitaux.

Le nommé V... Pierre, âgé de 48 ans, fumiste, entre le 14 avril à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Lucas CHAMPIONNIÈRE.

Il est d'une constitution robuste. Il y a 8 ans, il eut une entorse légère du coude gauche, qui ne nécessita aucune interruption de son travail. Au bout de quatre ou cinq ans, il éprouva un peu de gêne dans les mouvements du coude. A la fin de mars 1882, il se fait une petite plaie entre l'index et le médius gauche. La main devient enflée, douloureuse. La piqûre jette un peu de pus. Le dos de la main et de l'avant-bras sont le siège d'une lymphangite accompagnée d'adénopathie axillaire douloureuse. Un petit abcès se montre le 10 avril, au niveau de la bourse séreuse de l'olécrâne et s'ouvre spontanément. L'état du membre s'aggrave. La douleur est vive. L'impotence fonctionnelle le fait entrer à l'hôpital le 14 avril. — L'avant-bras offre l'aspect d'un phlegmon diffus au début. Il est le siège d'un œdème dur, rond. La bourse séreuse abcédée s'est ouverte par un petit cratère au fond duquel se montrent des détritres blanchâtres. L'articulation, à l'entrée du malade, est parfaitement saine et ne contient pas de liquide. En l'absence de M. Championnière, M. Delens fait plusieurs incisions dans les tissus lardacés sans trouver de pus collecté. L'œdème dur des téguments se propage vers l'épaule. Les incisions donnent un pus qui prend la teinte bleuâtre et fourmille de bactéries, malgré les pansements phéniqués.

29 juin. L'amputation est pratiquée au quart supérieur du bras. Le malade est très affaibli. Les urines contiennent du sucre.

La *pièce anatomique* est incisée par la partie postérieure. Les os sont sciés sur deux plans parallèles. La cavité purulente de la bourse séreuse est revêtue de fongosités d'un gris rosé, subissant la fonte purulente à leur face libre, intimement confondue d'autre part avec les tissus sous-jacents. Quelques fistules anfractueuses d'un aspect analogue sont les vestiges des incisions, envahies par les fongosités.

La synoviale s'est ulcérée au niveau des parties latérales. Elle est revêtue d'une couche charnue d'une consistance tremblotante, empiétant de quelques millimètres sur le pourtour du cartilage articulaire, aminci, érodé en certains points. L'épiphyse humérale est ramollie et commence à se carier au niveau de la trachée. La coupe en est d'un jaune grisâtre. Les os de l'avant-bras semblent moins altérés. Le tissu spongieux en est ferme et chargé d'une moelle grasseuse. Tout autour de ces parties fongueuses, les parties molles sont profondément altérées. La couche sous-cutanée, d'une épaisseur de vingt à vingt-cinq millimètres, sépare la peau de l'aponévrose en leur adhérant intimement. Elle semble infiltrée d'une gelée translucide et contenir peu de vaisseaux sanguins. Les muscles sont lardacés, atteints de sclérose et infiltrés de ce même liquide figé qui ne s'écoule pas à la pression. Les fongosités se sont propagées du foyer de la bourse olécrânienne à sa séreuse articulaire, avec un caractère de malignité tout spécial.

L'*examen histologique* nous démontre la nature tuberculeuse de ces lésions, déjà presque évidente à l'examen macroscopique. La couche épidermique de la peau n'offre aucune altération. Le derme est infiltré de cellules jaunes en grande abondance, disposées par amas arrondis autour de quelques artérioles. Le tissu adipeux a presque complètement disparu et se montre, de loin en loin, sur les coupes, semé de cellules embryonnaires.

La couche sous-cutanée est formée d'un tissu muqueux un peu serré, où l'on trouve des vaisseaux sanguins, quelques follicules tuberculeux et une quantité de canaux déliés qui semblent être des réseaux lymphatiques. Une bandelette de tissu conjonctif fasciculé, fortement unie à cette couche éléphantiasique, représente l'aponévrose d'enveloppe du membre. Au-dessous, les couches musculaires sont noyées dans une gangue conjonctive où abon-

dent les cellules rondes et les corps fusiformes. Chaque faisceau musculaire, chaque fibre à son tour est séparée des éléments voisins par cette hyperplasie du tissu intermédiaire. Quelques follicules tuberculeux s'observent au voisinage des vaisseaux. Ces lésions sont encore récentes. Les fibres musculaires ont cependant perdu leurs stries pour la plupart, elles sont de volume fort inégal et présentent une prolifération des noyaux du myolemme.

Si nous passons à l'étude des fongosités, nous trouvons en leur voisinage cette espèce de tissu muqueux qui infiltre les espaces intramusculaires comme la couche sous-cutanée, chargé de cellules embryonnaires. Ces éléments se groupent sous forme de follicules isolés, pleins, confluent. Les artérioles présentent des végétations de la couche sous-endothéliale. Puis, apparaissent au centre des follicules agglomérés, quelques cellules géantes et enfin des nodules tuberculeux subissant la dégénérescence caséeuse. La moelle de l'épiphyse du cubitus est infiltrée de cellules embryonnaires, qui séparent les vésicules graisseuses. On observe quelques amas de cellules jeunes.

L'extrémité inférieure de l'humérus présente des lésions plus avancées. Au contact des fongosités tuberculeuses, le cartilage a proliféré et offre une surface inégale. Plus avant, la moelle est atteinte d'une néoformation conjonctive où les cellules rondes ont déjà fait place à des corps fibro-plastiques. Enfin, en quelques points, au contact du revêtement cartilagineux, la moelle est revenue à l'état embryonnaire. On n'y observe aucune vésicule graisseuse, mais une série de follicules tuberculeux confluent.

10. Kyste de l'ovaire droit développé dans l'épaisseur du ligament large. — Ovariectomie. — Mort le dixième jour, sans complications inflammatoires. — Autopsie, par MM. DOYEN et BARRAL, internes des hôpitaux.

La nommée P... Méline, âgée de 40 ans, blanchisseuse, entre le 9 août 1882 dans le service de M. le Dr STRAUS, à l'hôpital Tenon.

Cette femme se plaint d'une bronchite légère. Elle porte depuis trois ans un kyste de l'ovaire volumineux. Au début, il y eut de l'œdème des jambes, des douleurs dans le bas ventre, les bronches et les membres inférieurs. L'accroissement du kyste, la gêne qu'il lui cause, décide la malade à demander une intervention chirurgicale.

Le 3 septembre, à peu près guérie de sa bronchite, elle passe dans le service de M. CHAMPIGNIERE, salle Boyer,

n° 9. L'état général est assez bon. La malade offre un certain embonpoint. Les pommettes sont colorées. Elle est très nerveuse et s'affecte des moindres contrariétés. Elle paraît avoir maigri beaucoup depuis son entrée à l'hôpital. Au bout de quelque temps, elle demande de la bière comme boisson. La quantité d'urine est chaque jour de trois litres ou trois litres et demi. Si l'on peut en croire ses souvenirs, elle eut il y a quatre ans une rétention d'urine et de la gravelle urique.

L'opération fut pratiquée le 7 octobre, sans ponction préalable, dans une salle chauffée à la température de vingt-deux degrés centigrades. Les jambes et les cuisses de l'opérée étaient garnies d'ouate et de bandes de gansé. Le kyste contenait six litres de liquide couleur chocolat. Il s'était développé, bien qu'aux dépens de l'ovaire droit, dans l'épaisseur du ligament large, jusque dans le cœcum. M. Championnière dut séparer laborieusement la poche, vidée de son contenu, de cette large surface d'implantation. Il n'y avait pas de pédicule à proprement parler. Quatre doubles ligatures croisées de fort catgut furent placées sur l'angle de l'utérus et sur un pédicule accessoire. Huit autres fils, sur des vaisseaux et des adhérences vasculaires. L'opération dura une heure et quart. Les fils furent abandonnés dans la cavité péritonéale. Cinq sutures profondes et cinq points superficiels fermèrent la plaie de l'abdomen. La température était à 36°,4, dans l'aisselle, immédiatement après l'opération.

Les renseignements cliniques qui suivent sont dus à l'obligeance de notre collègue M. Barral, interne du service. La malade se réveille après une heure de sommeil, le faciès pâle, les pupilles dilatées, le pouls un peu faible. Elle abuse de la glace et du vin blanc qu'on mettait à sa disposition. L'estomac se montra d'une intolérance extrême. Les liquides étaient rejetés immédiatement. Le soir, la température est de 37°,2. Le pouls est satisfaisant, un peu rapide, (100 p.) la respiration (28 par minute) régulière en dehors des nausées et des efforts de vomissements. On administre, en trois fois, trois quarts de centigrammes de chlorhydrate de morphine par injection hypodermique. L'état général, le lendemain, est assez satisfaisant. Quelques coliques sont calmées par l'évacuation subite d'une certaine quantité de gaz par la bouche et l'anus. La malade a rendu un peu plus d'urine.

Le troisième jour, quelques crampes d'estomac. La malade mange une quantité de morceaux de glace. Les urines (un litre) ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le quatrième jour, un peu d'agitation, le faciès est inquiet. Léger point de côté à la partie supérieure droite du thorax. Evacuation spontanée de gaz et d'urine. Le lendemain, après une nuit agitée, l'opérée éprouve une syncope à 11 heures et demie du matin. Les vomissements prennent une couleur brunâtre. Les injections de morphine sont continuées chaque jour par quart de centigramme. Le soir, elle semble plus tranquille. La température est de 37°, 8. Le pouls, rapide, monte à 130 pulsations à la minute ; 24 respirations. Les traits sont altérés. A dix heures, l'opérée s'agite et veut se lever.

Au début du sixième jour, à une heure et demie, nouvelle syncope, qui se dissipe rapidement. Les yeux sont cernés, à demi voilés par les paupières, le front est couvert d'une sueur froide, les lèvres décolorées, les extrémités glacées. La voix est faible, entrecoupée de silences. La malade se plaint d'une douleur vive dans la colonne dorsale. La peau est brûlante. La température de 40°, 3. Le pouls est à 120. Il y a 30 respirations par minute. Le cœur bat vite, sans force et sans régularité. On entend à droite, sans déplacer la malade, des râles sous-crépitaux. Les respirations rapides, brèves, saccadées deviennent plus lentes et plus laborieuses pour se suspendre un moment et reprendre de nouveau. Au moment où l'on allait appliquer des ventouses *in extremis*, la malade expire sans qu'il soit possible de la ranimer.

AUTOPSIE, pratiquée le lendemain. — Le ventre présente un certain degré de ballonnement. Les lobes pulmonaires inférieurs sont fort congestionnés et crépitent à peine. Les fragments surnagent sur l'eau. Le cœur est sain. Les sutures de la plaie sont enlevées ; la réunion est parfaite. Le pansement n'avait pas été changé, M. Championnière ayant l'habitude de ne toucher aux fils que le septième ou le huitième jour. L'adhérence des lèvres de l'incision est assez grande pour qu'on ait de la peine à les disjoindre. L'abdomen est largement ouvert. Le grand épiploon présente quelques arborisations vasculaires, sans aucun exsudat. Cette lésion est purement congestive. Aucune adhérence des viscères abdominaux à la plaie péritonéale. Cà et là on observe de la congestion des vaisseaux sous-séreux de l'intestin grêle, au voisinage de la fosse iliaque, par l'intermédiaire d'une mince couche de sang coagulé.

La surface d'implantation du kyste s'est beaucoup réduite. Elle mesure huit centimètres dans le sens vertical, neuf dans le sens transversal, et représente l'interstice des

deux feuillets du ligament large droit, dont les débris flottent dans la cavité abdominale. La plaie offre un excellent aspect. Il n'y a dans le petit bassin ni liquide, ni fausses membranes. Mais le travail de réparation de cette grande surface celluleuse nous paraît en retard.

Un débris de la tumeur pelvi-kystique, du volume d'une noix, est appendu à la partie supérieure interne du ligament large. L'utérus est en antéflexion et rejeté à gauche. Il est assez volumineux. Les lymphatiques du ligament large et de toute la région, de même que les veines, ne contiennent aucune trace de pus. Les ligatures du catgut, notamment celles du pédicule principal, à l'angle droit de l'utérus, au nombre de quatre, commencent à se recouvrir de points cellulux.

Le foie, les reins semblent gras. Le cerveau est sain. Le bulbe présente latéralement, au voisinage de la partie moyenne du plancher du quatrième ventricule, un petit foyer hémorrhagique du volume d'un grain de mil.

L'examen histologique des pièces nous montre, pour le poumon, une congestion intense des bases. Les alvéoles sont en partie remplies par des débris granuleux, des cellules lymphatiques et des globules rouges. Les autres viscères ne présentent que des altérations secondaires. Dans le foie, les vaisseaux sont congestionnés au voisinage de la capsule. Les cellules glandulaires sont chargées de gouttelettes de graisse à la périphérie des lobules. Leurs noyaux sont bien visibles. Les cellules centrales ne présentent aucune altération.

Le rein présente des lésions interstitielles diffuses. Le stroma conjonctif est généralement épaissi, surtout autour des artérioles, dont la couche sus-endothéliale est assez régulièrement hypertrophiée.

On observe quelques anneaux fibreux autour des glomérules, qui d'ailleurs sont sains. Les tubes contournés tendent à l'infiltration graisseuse de leur épithélium.

Cette prédominance du tissu conjonctif dans le rein ne peut représenter pour nous le premier degré de la néphrite interstitielle mais plutôt une sorte d'atteinte sénile. Nous n'avons pas en effet de cylindres colloïdes dans les tubuli, et l'urine, bien que toujours abondante et plutôt au-dessus de la quantité normale, n'a jamais présenté des traces d'albumine. La rate présente quelques infiltrations diffuses de globules rouges.

RÉFLEXIONS. — A quelle cause attribuer la terminaison fatale ? L'intégrité presque absolue de la cavité abdomi-

nale, l'absence de signes de péritonite tels qu'ils eussent été le sixième jour nous fera rejeter l'hypothèse de la mort par complication inflammatoire. L'ascension ultérieure de la température de 37°, 8 à 40°, 3 fut trop rapide pour être mise sur le compte de phénomènes phlegmasiques inattendus. L'état congestif des poumons et des viscères abdominaux nous semble pouvoir être comparé aux lésions de même nature que l'on observe dans les cas de mort par brûlures étendues de la peau. Nous nous demandons s'il n'existe pas dans notre cas, à la suite d'un grand traumatisme abdominal, au voisinage du plexus solaire, un choc du système nerveux assez considérable pour entraîner la mort non pas immédiatement mais au bout de quelques jours, sans aucune complication inflammatoire.

11. Epithélioma infiltré de la main. — Foyers épithéliomateux à distance dans la gaine du nerf médian; par M. DOYEN, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., Jean, jardinier, âgé de 66 ans, entre en novembre 1881 dans le service du D^r KIRMISSON, suppléant le D^r B. ANGER, à l'hôpital Saint-Antoine.

À la suite d'une piqûre du dos de la main, il y a quatre ans, cet homme a vu se développer lentement un gonflement diffus sous-cutané. Le dos du pouce, de l'index, du médius, la partie inférieure de la paume de la main furent envahis peu à peu. L'impossibilité de continuer son métier, ainsi que de vives douleurs, firent entrer ce malade dans le service de M. Kirmisson. Les téguments de la région externe du dos de la main, de la face dorsale du pouce, de l'index et du médius, présentaient un aspect luisant, une teinte rosée. Çà et là, de petits pertuis donnaient issue à quelques grumeaux caséeux. Les articulations semblaient indemnes. Faute de mieux, M. Kirmisson s'arrêta à l'idée d'une inflammation chronique accompagnée d'un état éléphantiasique des tissus.

N'ayant obtenu aucune amélioration à la suite de l'ignipuncture des points indurés, il se décida à désarticuler l'index. Au cours de l'opération, l'état friable du métacarpien nécessita son amputation, tout près de son extrémité supérieure. La plaie se réunit, mais il persista quelques orifices fistuleux.

6 février. Au sortir de l'hôpital Saint-Antoine, le malade fut revu par M. le D^r Kirmisson, qui l'envoya à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Schwartz. Le stylet n'atteignait

aucune portion osseuse. Sur la demande du malade, l'amputation de l'avant-bras fut pratiquée le 14 février.

L'examen de la pièce montre sur tous les points indurés une couche lardacée, semée de nodules blanchâtres. L'étude microscopique nous a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma infiltré du tissu cellulaire sous-cutané. Chaque lobule épidermique composé à la périphérie de cellules crénelées, présente au centre un lobule orné de couches concentriques.

Le nerf médian attira notre attention. A une distance de cinq à six centimètres au moins des parties malades, dans le canal radio-carpien, il était tuméfié, piqué de points rouges. Les coupes nous montrèrent une série de foyers épithéliomateux siégeant dans la gaine conjonctive de chaque faisceau nerveux, presque au contact des tubes. Chacun de ces épithéliomas microscopiques, visibles à l'œil nu sur les préparations, sous l'apparence de petits points d'un rouge vif, reproduit la structure des lobules épidermiques de la peau de la main. Le tissu conjonctif interfasciculaire est injecté, infiltré de cellules rondes.

RÉFLEXIONS. — Nous insisterons sur l'importance de ces véritables embolies cancéreuses, à distance du foyer primitif, dans la gaine d'un nerf tel que le médian, tant pour expliquer les douleurs vives observées dans notre cas qu'au point de vue de la généralisation ultérieure du mal. Par malheur, nous n'avons pu retrouver le malade, parti loin de Paris.

12. Tuberculose urinaire et génitale chez la femme. —

Kyste de la trompe de Fallope; par M. Robert JAMIN, interne des hôpitaux.

A la fin de l'année 1881, arrivait dans le service de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker (salle Sainte-Cécile, n° 5), la nommée Et..., Louise, 39 ans, couturière.

Pâle, chétive, d'apparence souffreteuse, cette femme entra à l'hôpital pour une *maladie de vessie*, disait-elle. Elle racontait, en effet, que, depuis quelque temps, elle était prise parfois d'envies d'uriner assez fréquentes, un peu douloureuses à la fin, et s'accompagnant de loin en loin de l'émission d'un peu de sang avec les dernières gouttes d'urine. On l'avait tout d'abord supposée atteinte d'un calcul vésical, et elle avait été explorée en ville avec la sonde d'argent. Le résultat avait été négatif.

En outre, en l'examinant, on découvrait à la région

lombarde gauche des traces anciennes de vésicatoires et de pointes de feu. Cette femme disait alors que, depuis plus d'un an, elle éprouvait à ce niveau des douleurs sourdes, devenant parfois très intenses, qui avaient nécessité l'emploi de ces révulsifs. La palpation permettait, en effet, de reconnaître dans la région du rein une tumeur assez volumineuse et très douloureuse à la pression, qui semblait être le rein lui-même. Notons, enfin, la diminution de sonorité et l'expiration un peu rude et prolongée qui existaient au sommet des deux poumons. La menstruation avait cessé depuis quelques mois. Aucun antécédent appréciable de tuberculose héréditaire.

Le diagnostic *tuberculose urinaire* fut porté par M. le professeur Guyon, et la malade, pour laquelle on tenta diverses médications, demeura près de dix mois dans le service. Durant ce temps, on put assister à l'évolution graduelle de la tuberculose pulmonaire qui était à peine appréciable à l'entrée. De temps en temps, il se produisait vers la vessie ou le rein quelque poussée aiguë, laquelle semblait céder temporairement à des instillations de nitrate d'argent au col vésical, ou à des cautérisations ignées de la région rénale.

Enfin la malade, arrivée progressivement à un affaiblissement extrême, succombait le 11 octobre 1882.

AUTOPSIE. — On constate l'infiltration du tiers supérieur des deux poumons par des granulations jaunes et abondantes. Il n'existe point de cavernes pulmonaires.

Malgré des recherches attentives, il fut impossible de découvrir l'existence du tubercule dans aucun autre organe que l'appareil génito-urinaire.

Le *rein gauche*, au moins triplé de volume, présente, à la coupe, le type du rein tuberculeux. Fluctuant avant d'être ouvert, il offre, avant d'être incisé, une cavité centrale, remplie d'urine purulente et due à une dilatation des calices et du bassinet ainsi qu'à une destruction partielle des pyramides de Malpighi. Cette cavité communique avec d'autres anfractuosités et, comme elles, est tapissée d'une sorte de couenne blanc-jaunâtre et tomenteuse, qui se détache facilement sous forme de matière caséuse et grumeleuse. La substance corticale, en partie détruite par ces excavations, est en outre farcie de dépôts caséux et de granulations miliaires dures et transparentes, qui font du reste saillie à la surface de l'organe.

L'*uretère gauche*, qui atteint presque le volume du petit doigt, est épaissi, mais surtout dilaté. Dans toute son

étendue, il est uniformément tapissé par cette même matière caséuse que l'on trouve dans le rein et avec laquelle elle est d'ailleurs en continuité directe. Aucun obstacle ne siège au niveau de l'embouchure de l'uretère dans le réservoir vésical.

La vessie est manifestement tuberculeuse. Petite et ratatinée, elle a ses parois notablement hypertrophiées. La muqueuse, inégale, ardoisée, parsemée par places de taches ecchymotiques, est criblée de granulations tuberculeuses jaunes, sans ulcération apparente cependant. Ces granulations sont surtout cantonnées dans le bas-fond.

Au niveau de l'embouchure de l'uretère droit, toute espèce de lésion semble cesser brusquement. Ce conduit est macroscopiquement sain et normal, ainsi que le rein d'où il part. — L'urèthre paraît indemne.

En passant à l'examen des organes génitaux, on voit que l'utérus est extrêmement réduit de volume et flasque. Des coupes de cet organe, pratiquées dans tous les sens, ne permettent de découvrir aucune lésion tuberculeuse. Quoique les deux ovaires soient tous deux considérablement anémiés, la moitié gauche des annexes est tout à fait saine. Mais, à droite, la trompe de Fallope est très notablement dilatée; elle atteint presque toujours le calibre d'une anse de l'intestin grêle distendue. Bien que son orifice utérin soit resté perméable à un très fin stylet, elle contient du liquide, de couleur citrine, qui s'écoule dès qu'on incise la dilatation kystique. Toute la surface interne, de celle-ci est tapissée par la même couenne caséuse, signalée plus haut.

RÉFLEXIONS. — A la suite d'un fait de tuberculose urinaire que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique au commencement de cette année (séance du 27 janvier 1882), nous insistions sur l'intégrité absolue des deux reins et de leurs uretères, contrastant, dans ce cas, avec les lésions très avancées de la vessie, de la prostate. A ce propos, nous faisions remarquer que, conformément à l'opinion de notre maître, M. le professeur Guyon, et de son élève, M. le Dr Tapret, la tuberculisation des organes urinaux ne débute pas toujours par le rein, comme tant d'auteurs l'ont prétendu.

Dans le cas actuel, d'après la marche clinique de la maladie et d'après l'âge probable des lésions constatées à l'autopsie, il est de toute évidence que le rein gauche a été le premier envahi par la néoplasie. Celle-ci, gagnant de

proche en proche, serait descendue par l'uretère gauche dans la vessie, où elle se serait arrêtée sans atteindre l'uretère et le rein droits. Nous aurions donc là un exemple de tuberculose primitivement localisée à un rein et s'étendant ensuite par continuité à d'autres parties de l'appareil urinaire.—Dans le cours de cet envahissement progressif, les poumons se sont pris à leur tour, mais sans présenter de lésions avancées. — Quant à la tuberculose de la trompe de Fallope déterminant une dilatation kystique de ce conduit, elle représentait le seul foyer génial de la diathèse.

Séance du 20 octobre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

13. M. QUEYBAL présente deux *reins tuberculeux*. L'un des reins était ectopié et bilobé.

14. Molluscum simplex de la grande lèvre ; par M. A. MARFAN, interne des hôpitaux.

Une jeune fille de 21 ans, d'une santé parfaite, ayant un développement intellectuel et physique normal, entre le 14 octobre dans le service de M. Théophile ANGER, à l'hôpital Cochin (salle Cochin, n° 24.)

C'est depuis cinq ans seulement qu'elle s'est aperçue de son affection : elle constata alors une petite grosseur à la grande lèvre gauche. Elle se garda bien d'en parler ; mais cette grosseur ne fit que croître jusqu'à l'époque actuelle, où, effrayée de ses dimensions, la jeune fille s'en ouvrit à un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

L'interrogatoire de la malade à son entrée à l'hôpital nous apprend que personne dans sa famille n'a été atteint d'une affection semblable, soit aux organes génitaux externes, soit dans une autre région.

La tumeur a eu une marche particulièrement rapide, surtout depuis dix-huit mois. Un seul incident a troublé son

évolution : il y a trois semaines, sous l'influence du frottement, dit la malade, la tumeur s'est percée et a donné lieu à un écoulement de sang très abondant. Puis l'écoulement s'est arrêté et la malade prétend que, depuis, la tumeur a diminué.

L'examen des signes physiques nous donne les résultats suivants. Il s'agit d'une tumeur pédiculée dont le pédicule s'insère à la grande lèvre du côté gauche; et le fait de la pédiculisation nous oblige à décrire le corps de la tumeur et le pédicule.

L'insertion de ce pédicule est linéaire et comprend toute l'étendue de la grande lèvre; il a une face interne et une face externe qui se continuent sans ligne de démarcation avec la face interne et externe de la grande lèvre. Sa hauteur est celle de la grande lèvre. Sa longueur est d'environ un centimètre; mais je dois dire que, lorsqu'on tirait sur la tumeur, le pédicule s'allongeait et pouvait acquérir une longueur de deux centimètres. L'épaisseur du pédicule est d'environ un demi centimètre.

Les caractères extérieurs du pédicule sont exactement ceux de la grande lèvre elle-même. Le corps de la tumeur qui est supporté par ce pédicule est à peu près gros comme le poing. Il est constitué par un certain nombre de lobules : les uns qu'on peut appeler primitifs et assez gros; les autres qu'on peut appeler secondaires, plus petits et s'insérant sur les lobules primitifs; d'autres enfin qu'on pourrait appeler tertiaires qui s'insèrent sur les secondaires et qui sont les plus petites en volume. Cette disposition donne à la tumeur un aspect feuillu qui est tout à fait spécial et qui peut la faire comparer à une grappe. Les lobules qui composent la tumeur, grands, moyens ou petits se présentent avec les caractères suivants.

L'épiderme qui les recouvre est normal et possède la pigmentation des organes génitaux externes. Entre deux saillies, cependant, on trouve une petite érosion suintante, qui doit correspondre au point par où s'est faite l'hémorragie notée plus haut. Les téguments qui recouvrent les saillies sont ridés et couverts de quelques poils, dont les caractères et l'implantation les font ressembler à ceux du scrotum.

Quand on saisit un des lobules de la tumeur entre les doigts, on éprouve la sensation d'une poche membraneuse flasque et ridée; on peut leur appliquer soit la comparaison de Bazin, d'après laquelle ils ressembleraient à des grains de raisin dont on aurait retiré les pépins, soit l'expression de Rokitansky, qui les définit des expansions sacciformes du derme. On peut encore les comparer comme aspect à des

hémorroïdes flétries désignées quelquefois sous le nom de marisques. Nous avons voulu examiner les organes génitaux internes; mais nous avons trouvé un hymen absolument intact. La jeune fille nous dit du reste qu'elle est très bien réglée.

La tumeur a été enlevée le 17 octobre; le pédicule a été sectionné avec le bistouri et les deux lèvres de la plaie ont été rapprochées avec des serres fines. Huit jours après, la malade sort parfaitement guérie; une cicatrice linéaire occupe la hauteur de la grande lèvre et est fort peu apparente.

L'opération nous a montré combien la tumeur devait être peu vasculaire; sauf deux artérioles situées dans le pédicule et qui apportent à la tumeur ses éléments nutritifs, l'écoulement du sang a été presque nul. Après l'opération, une des saillies de la tumeur a été ouverte, et on peut s'assurer en effet que le nombre des vaisseaux est minime. On peut voir alors que le tissu qui forme la tumeur est un tissu fibreux, homogène, blanc, mou, un peu plus dense vers le pédicule que dans les parties périphériques de la tumeur. En outre, on peut voir quelques bulbes pileux très développés s'enfoncer dans l'épaisseur de ce tissu fibreux. La coupe de la tumeur n'a donné lieu qu'à un faible écoulement de liquide séreux.

L'examen histologique, qui a été pratiqué, a donné les résultats suivants: Une coupe de la tumeur colorée au carmin et traitée par l'acide acétique a montré des faisceaux de tissu conjonctif nombreux avec quelques fibres élastiques. Par places, la tumeur est au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Sur une coupe qui partait de la surface de la tumeur, on a pu s'assurer que les couches épidermiques étaient saines. En résumé, la tumeur est formée par du tissu fibreux, soit à l'état adulte, soit à l'état naissant.

RÉFLEXIONS. — Quel nom donner à cette tumeur? Il faut tout d'abord écarter les végétations, qui n'ont pas la consistance bien spéciale de notre tumeur. En outre, dans les végétations, l'épiderme est surtout suintant, ce qui n'existe pas dans notre cas; et enfin les causes des végétations résident, soit dans un écoulement leucorrhéique ou blennorrhagique, soit dans la grossesse; or, dans notre cas, il s'agissait d'une vierge et aucune de ces causes ne peut être invoquée.

On pouvait penser à une tumeur érectile flétrie: et, en

faveur de cette opinion, on pouvait mettre en avant la ressemblance des lobules de la tumeur avec d'anciennes hémorrhoides, et surtout cette hémorrhagie ayant eu lieu trois semaines auparavant et après laquelle la malade prétend avoir vu sa tumeur s'affaïsser. Mais cette hypothèse est renversée par l'examen anatomique, et, en outre, on peut très bien s'expliquer l'hémorrhagie par ce fait que les organes génitaux externes participent souvent à la congestion menstruelle de l'utérus ; il se peut donc très bien qu'un frottement survenu à ce moment ait pu produire une petite solution de continuité qui a donné lieu à un abondant écoulement sanguin ; puis, la congestion menstruelle passée, tout est rentré dans l'ordre, et il a semblé à la malade que la tumeur s'affaïssait.

L'éléphantiasis vrai ne peut non plus être confondu avec notre tumeur ; il n'a pas de limites bien tranchées et n'est pas pédiculé ; la peau est toujours altérée dans les productions éléphantiasiques. Aucun de ces caractères n'existe dans notre cas.

Quant à l'esthiomène de la vulve, il suffira de relire les observations de Hugues (*Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1849) et surtout celle de Leroy des Barres (*Soc. an.* 1870), pour se convaincre que notre tumeur s'en éloigne par tous ses caractères.

Dans ces observations, en effet, l'esthiomène apparaît avec l'aspect suivant : un œdème dur et résistant a envahi toute la région vulvaire et des tubercules, qui ne sont jamais très volumineux, sont semés çà et là, ayant une tendance fatale à l'ulcération. Quand la maladie est assez avancée, on voit des destructions de tissu si considérables que le plancher périnéal peut avoir disparu. On voit combien tous ces caractères séparent l'esthiomène de notre tumeur.

L'aspect de la tumeur que nous présentons, sa lobulation, les caractères physiques des lobules, et enfin l'examen histologique qui nous a montré qu'il s'agissait là d'une variété de fibrome, imposent le diagnostic de molluscum simplex de la grande lèvre.

Le molluscum simplex est encore appelé molluscum pendulum, molluscum vrai, fibroma molluscum. Les observations qui nous ont paru être du molluscum vrai de la

grande lèvre et que nous avons pu recueillir sont les suivantes :

Sympson : *Fibro-cellular tumour of the right buttock and lobium*. In *Brit. med. journal* 1867. — Grime : *Remarkable lobulated tumour of lobium*. In *Glasgow med. Journal*, 1871. — Morton : *Fibro-cellular tumour of the lobium pudend.* In *Glasgow med. journal*. 1871. — Paget, cité par Morton dans l'observation précédente, aurait observé un cas semblable. — Heurtaux, in article *fibrome* du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, décrit un fibrome papillaire de la peau de la grande lèvre qui doit être très probablement considéré comme des molluscums simples. — Challand et Malassez : *Molluscum de la grande lèvre* (fibro-myome). — Malassez : *Molluscum*, Delahaye, 1872. — Lagrange et Duret : *Bull. de la Soc. an.*, 1873. — Villeneuve fils : *Molluscum de la grande lèvre observé à l'hôpital de la Conception de Marseille*. In *Marseille médical*, 1875.

M. CHAUFFARD dit avoir vu opérer, par M. Péan, une tumeur analogue à la précédente.

M. HANOT rappelle qu'il existe dans les Bulletins de la Société une observation de même ordre, due à M. Leroy des Barres.

M. DURET a autrefois présenté à la Société un cas semblable à celui de M. Marchand.

15. M. DURAND-FARDEL montre les pièces d'un homme athéromateux qui a succombé à une *gangrène du pied*. La fémorale était oblitérée par une thrombose.

16. *Observation d'un cas d'aphasie avec hémiplegie droite.* — *Foyer hémorragique dans la substance blanche avoisinant le lobule de l'insula* ; par M. VERNET, interne des hôpitaux.

Le nommé DEV... entré à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, service de M. QUINQUARD, le 26 septembre, a eu la veille une attaque d'apoplexie sans perte de connaissance, mais suivie d'hémiplegie droite complète. Un mois auparavant, il y avait été admis et traité pour vertige sénile momentané. Il avait alors présenté une légère paralysie du

côté droit, qui disparut tout à fait et un point de pneumonie à droite qui semble ne pas laisser de traces.

A sa deuxième entrée, l'hémiplégie droite est absolue. De plus, la sensibilité, assez obtuse sur les différentes parties du corps, est presque nulle à droite, notamment sur la joue de ce côté. La commissure des lèvres est abaissée à droite, la langue déviée à gauche. La motilité, complètement abolie dans le membre supérieur droit, est au contraire conservée en partie dans le membre inférieur de ce côté. La main droite ne peut saisir le dynamomètre, qui accuse 32 à gauche. Pas de symptômes du côté du cœur.

Le malade est aphasique. Son intelligence est conservée, mais il éprouve la plus grande difficulté à exprimer ses idées, quoique par moment il réponde assez bien aux questions qu'on lui fait. Le plus souvent, lorsqu'on lui demande le nom des objets qui se trouvent devant lui, il ne peut arriver à le trouver. Si on lui montre un verre, par exemple, il simule l'action de boire, mais n'articule rien.

1^{er} octobre. D... a une nouvelle attaque et tombe de son lit; la perte de connaissance dure environ une heure. Les jours suivants, son état paraît s'aggraver. L'idéation reste intacte, mais l'expression devient de plus en plus pénible. La fièvre s'accuse. Le pouls présente des intermittences, mais on ne constate pas de souffles cardiaques.

8 octobre. L'affaissement s'accroît. Diminution du murmure respiratoire en arrière et à gauche. Langue sèche, réaction fébrile intense. Œdème des membres inférieurs. Le malade parle de moins en moins. Température du soir, 38°. Il ne tousse pas.

14 octobre. D... marmotte à peine quelques mots intelligibles. — Il s'affaïsse de plus en plus et meurt le 16, à 5 heures du matin.

AUTOPSIE, pratiquée 36 heures après la mort. — Nous passerons rapidement sur les lésions qui n'ont pas de rapport direct avec l'affection qui nous intéresse. Nous devons noter cependant, dans le sommet du poumon gauche, de l'hépatisation grise constituant le 3^e degré de la pneumonie franche. C'est à cette lésion que paraît avoir succombé le malade. A droite, le sommet est froncé, demi-cartilagineux, et présente une sorte de calotte corticale, trace de tuberculose ancienne.

Foie très volumineux, noyaux classiques du cancer, de la grosseur d'une orange. — *Estomac*. On y trouve aussi une masse végétante cancéreuse au niveau du pylore et plusieurs tumeurs exulcérées empiétant vers la petite

courbure. — La *rate* présente les altérations de la péri-splénite avec coque cartilagineuse blanchâtre, d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres. — Dans le *cœur*, les artères coronaires sont très athéromateuses et très rétrécies. L'orifice aortique, rugueux, présente aussi un léger athérome, mais sans insuffisance. Les orifices des coronaires sont libres. Pas de lésion de l'orifice mitral.

Cerveau. Vers la fin de l'artère basilaire, on constate quelques nodules athéromateux sans oblitérations. Pas de lésion de la protubérance, ni du cervelet, ni du bulbe. — *Hémisphère gauche*. Léger piqué cortical un peu généralisé. La troisième circonvolution ne présente aucune altération. On trouve, par contre, un noyau hémorragique dans la substance blanche avoisinant la circonvolution de l'insula; à côté de lui, on note la présence d'un anévrysme miliaire volumineux siégeant aussi dans la substance blanche qui avoisine la substance grise corticale des circonvolutions du lobule de l'insula. En arrière, les noyaux centraux sont complètement indemmes. Il n'y a pas trace de lésion sur d'autres points. — *Hémisphère droit*. On trouve un foyer de ramollissement dans le lobe occipital, tout à fait au sommet de la scissure parallèle. En outre, à la partie inférieure de la scissure de Rolando, deuxième foyer de ramollissement atteignant très légèrement le pied de la troisième circonvolution.

Nous devons noter enfin, dans l'examen nécroscopique, l'état des *reins*, qui sont congestionnés et présentent des dépressions multiples avec infarctus anciens.

RÉFLEXIONS. — L'observation qui précède nous paraît surtout intéressante au double point de vue de la nature et du siège exceptionnel de la lésion ayant produit l'aphasie, à savoir foyer hémorragique dans la substance blanche du lobule de l'insula. Comme on le sait, en effet, c'est le ramollissement du pied de la troisième circonvolution frontale gauche qui, dans l'immense majorité des cas, produit l'aphasie. Nous ne connaissons guère que cinq observations, réunies par M. Charcot, démontrant cette affection comme consécutive à un foyer d'hémorrhagie cérébrale.

Elle confirme en outre l'opinion de Jackson sur la concomitance des lésions valvulaires du cœur gauche et principalement de l'orifice aortique avec le symptôme aphasie, et celle de M. Legroux, sur la présence de nombreux infarctus viscéraux chez les sujets atteints de cette affection.

M. QUINQUAUD ne pense pas qu'on puisse expliquer, dans le cas dont il s'agit, l'aphasie et l'hémiplégie par la compression de voisinage.

17. Note sur la topographie des ganglions axillaires ; par M. le Dr E. KIRMISSON.

L'année dernière, dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, je me suis préoccupé de l'avantage qu'il y aurait pour le chirurgien à comprendre toujours dans l'extirpation des tumeurs du sein les ganglions axillaires. Cette manière de faire, possible vu le peu de distance qui sépare la glande mammaire des ganglions de l'aisselle, me semblait avantageuse pour prévenir les récidives. Il est bien évident qu'on sera d'autant plus à même de pratiquer une extirpation complète de ces ganglions qu'on connaîtra mieux leur disposition anatomique. Or, nos auteurs classiques, Cruveilhier, Richet, Sappey, ne donnent aucun détail à ce sujet. C'est ce qui m'a engagé à faire de nouvelles études sur ce point particulier d'anatomie descriptive.

Mes recherches ont porté sur six femmes dont j'ai disséqué à droite et à gauche la cavité axillaire ; soit, en tout, douze dissections de l'aisselle.

Voici les faits intéressants que j'ai pu constater : Tout d'abord, le prolongement axillaire de la glande mammaire confine étroitement aux premiers ganglions de l'aisselle ; d'où, la possibilité d'enlever aisément par une même incision et les ganglions et la mamelle. Ici, comme dans les autres points du corps, tous les ganglions sont intimement accolés aux vaisseaux sanguins, et surtout aux veines.

Bien que tous ces ganglions soient sous-aponévrotiques, tous ne sont pas cependant compris dans un même plan ; on peut même, à cet égard, les diviser en ganglions superficiels et profonds.

A. Ganglions superficiels. Ce sont ceux qui sont accolés aux branches collatérales de l'artère et de la veine axillaire. Ils se divisent très naturellement en deux groupes, l'un antérieur, l'autre postérieur. Leur nombre est très variable ; j'ai pu en compter de 6 à 17 ; il y en a, en moyenne, 9 à 10.

1^o Groupe superficiel antérieur. Il comprend les ganglions qui sont situés sous le bord inférieur du grand pectoral, appendus aux branches des deux veines thoraciques longues ou mammaires externes. Il commence en haut par un ganglion incurvé sur lui-même en forme de haricot, recevant par sa convexité externe les lymphatiques du membre supérieur. A ce ganglion, fait suite la masse prin-

cipale des ganglions constituant le groupe antérieur. Elle est située sous le bord inférieur du grand pectoral, confinant au prolongement axillaire de la mamelle, à une distance notable du sommet du creux de l'aisselle. Enfin, au-dessous, et assez loin de ce groupe, on trouve constamment un ou même deux petits ganglions isolés, perdus pour ainsi dire dans le tissu de la glande mammaire, tant ils lui sont accolés d'une manière intime. En les voyant, on comprend la note suivante du *Traité d'anatomie de Cruveilhier* (T. III, p. 307, 4^e édition) :

« Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine sur les corps fibreux de la mamelle, dit Cruveilhier, un de mes plus honorables antagonistes soutint qu'il avait vu des ganglions lymphatiques dans l'épaisseur de la glande mammaire, et que mes prétendus corps fibreux n'étaient bien souvent que des engorgements de ces ganglions. J'affirmai de mon côté que je n'avais jamais trouvé un seul ganglion lymphatique dans l'épaisseur de la mamelle, et je priai mon contradicteur de vouloir bien me montrer ces prétendus ganglions; j'attends encore cette démonstration. »

Il est bien évident que ces prétendus ganglions contenus dans l'épaisseur de la glande mammaire, comme les appelle Cruveilhier, ne sont pas autre chose que les petits ganglions appendus à la paroi thoracique et confinant à la mamelle que nous venons de signaler. Sans doute ils ne sont pas perdus dans l'épaisseur même du tissu mammaire; mais ils lui sont si intimement accolés qu'on comprend qu'il puisse être parfois difficile de juger si une tumeur est constituée par le tissu mammaire lui-même, ou si elle est formée aux dépens de ces ganglions. Au point de vue clinique, cette remarque a une grande importance.

2^e *Groupe superficiel supérieur.* Les ganglions qui forment ce groupe longent le bord antérieur du muscle grand dorsal, comme les précédents longeaient le bord du grand pectoral. Ils suivent la direction des vaisseaux et nerfs scapulaires inférieurs. Ils sont généralement moins nombreux que les ganglions composant le groupe antérieur. Recevant leurs lymphatiques de la paroi postérieure de l'aisselle et de la région scapulaire, ils ont moins d'importance que les précédents au point de vue de l'étude des tumeurs mammaires.

B. Ganglions profonds. Entre les deux groupes précédents, se trouve la chaîne des ganglions profonds. Elle commence par un ganglion volumineux, accolé à la paroi

thoracique et recouvrant le nerf du grand dentelé. Les ganglions qui lui font suite, intimement accolés à la partie postérieure et interne de la veine axillaire, s'engagent avec elle au-dessous du petit pectoral, puis dans le triangle sous-claviculaire où ils se continuent par leurs vaisseaux efférents avec les ganglions du creux sus-claviculaire. Le nombre de ces ganglions est tellement variable qu'il n'y aurait, je pense, aucun intérêt pratique à tenter de le fixer. Sur plusieurs sujets, j'ai trouvé le ganglion le plus élevé de cette chaîne siégeant dans le premier espace intercostal, très près de l'articulation sterno-claviculaire. Jamais je n'ai rencontré de ganglions situés entre le grand et le petit pectoral.

La seule déduction pratique qui me semble ressortir de l'étude de ces ganglions profonds, c'est leur rapport intime avec la paroi interne et postérieure de la veine axillaire. Il en résulte que plus on portera le bras dans l'élévation combinée à l'abduction et à la rotation en dehors, dans la position qu'on pourrait appeler la position chirurgicale de la région axillaire, plus on pourra fouiller profondément la cavité de l'aisselle, pour pratiquer l'extirpation de ces ganglions.

Séance du 27 octobre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

18. Cancer du cardia avec communication pulmonaire; par M. Picqué, chef de clinique.

La nommée Lecomte Caroline âgée de 62 ans, couturière, entre le 11 octobre 1882, salle Catherine, n° 4, dans le service de M. le professeur GOSSELIN (M. BERGER suppléant).

La malade raconte que, depuis longtemps, elle rendait par les selles des matières noirâtres remplies de détritüs. six jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'indigestion accompagnée de nausées et de vomissements; dès le début, les selles furent supprimées, mais la femme L... ne peut nous donner d'autres renseignements.

A son entrée, nous trouvâmes le ventre considérablement augmenté, mais non globuleux, surtout élargi du côté des flancs.

La sensibilité au toucher est très vive dans les fosses iliaques, surtout dans la région sus-ombilicale. Pas de zone de matité à la percussion. Comme troubles fonctionnels, nous constatons des vomissements continuels bilieux, mais nullement fécaloïdes. Selles noirâtres abondantes depuis la veille.

Comme symptômes généraux, nous trouvons de l'hypothermie (la température est à 36°). La peau est froide, la face grippée, le pouls petit. Il est incontestable, d'après les symptômes précédents, que la malade en question se trouve à la période ultime d'un étranglement interne; d'autre part, en raison des antécédents et de l'âge de la malade, il est à présumer qu'on a affaire à un cancer de l'intestin et très vraisemblablement un cancer de l'S iliaque, en raison de la fréquence de ce siège.

Mort de la malade 36 heures après l'entrée.

AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après la mort. — Le ventre est ouvert sur la ligne médiane. Ballonnement considérable du gros intestin, l'intestin grêle est peu distendu; ses anses présentent une vascularisation assez prononcée.

Ni liquide ni pus, ni fausses membranes. Au niveau de l'S iliaque existe un étranglement limité du gros intestin, à ce niveau, l'intestin présente une coloration rougeâtre, violacée. L'index y pénètre facilement: dès lors, ou l'anse supérieure était inclinée de façon à faire éperon, ou bien il y avait un gonflement de la tumeur, gonflement qui a pu disparaître au moment de la mort, pour permettre le passage des matières. En le coupant le long du bord libre, on constate, sur le bord vaso-colique, une plaque très saillante, arrondie, présentant une surface exulcérée et un détritrus grisâtre au fond. C'est du cancer colloïde limité à la muqueuse. Pas de ganglions mésentériques. Pas de généralisation viscérale.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a semblé intéressante à deux points de vue. D'abord si la malade n'eût été dans l'algidité terminale, le peu d'étendue de la lésion aurait rendu possible la laparotomie avec résection de l'intestin; d'autre part, il nous a semblé intéressant de signaler un cas d'étranglement avec persistance du calibre de l'intestin et production de diarrhée, à moins qu'on n'invoque un des mécanismes que nous avons indiqué.

19. Cancer du cardia avec communication pulmonaire ; par
M. PICQUÉ, chef de clinique.

Le nommé Carré Francis, âgé de 65 ans, garçon de service, entre le 25 août 1882, salle Sainte-Vierge n° 25, dans le service de M. le professeur GOSSELIN (M. BERGER suppléant).

L'affection a débuté spontanément il y a quatre mois par des vomissements survenant à intervalles irréguliers, mais, depuis un mois, le malade ne garde aucun aliment.

Etat actuel. Carré est dans un état d'émaciation considérable. Vomissement œsophagien type; il ne vomit qu'après avoir mangé, et aussitôt après douleur vive au creux épigastrique, pas de tuméfaction appréciable à ce niveau. Pas de déformation du cou.

Une sonde molle, engagée avec beaucoup de précautions, s'arrête à environ 0,40, c'est-à-dire au niveau du cardia; en raison de la douleur, des résultats de l'inspection, des troubles fonctionnels et du cathétérisme, il est rationnel de songer à un rétrécissement de l'œsophage au niveau du cardia, avec poche œsophagienne en amont.

Pour la nature, il est évident que, eu égard au siège et à l'âge du malade, on ne peut songer au cancer. Les rétrécissements cicatriciels siègent plus haut et le malade n'a jamais avalé de liquide corrosif. La syphilis est rare en bas; le cancer y est très fréquent. Pas de ganglions sous-claviculaires.

Y a-t-il compression? Rien ne permet de l'affirmer. En raison de ce diagnostic, la thérapeutique reste impuissante. Le traitement radical (extirpation du cardia) est à rejeter; pour le pylore, le seul succès de Bilioth a été suivi de deux insuccès; pour le cardia, l'extirpation n'a jamais été essayé.

Que faire dès lors pour assurer l'alimentation? Le cathétérisme est impossible, l'œsophagotomie n'est pas praticable dans le cas particulier; du reste pour le cancer elle n'a donné que des résultats déplorables, comme la gastrotomie. Reste l'alimentation rectale. Le malade succombe 48 heures après son entrée, à une pneumonie.

AUTOPSIE, pratiquée 30 heures après la mort. — Avant l'ouverture de l'œsophage, on constate une tuméfaction longue de 5 à 6 centimètres, n'atteignant pas le cardia, peu adhérente aux parties ambiantes, sauf toutefois à la partie interne du poumon droit auquel il est rattaché par une fausse membrane mince et très résistante. Une sonde n° 23, conduite dans l'œsophage, passe à frottement dans

le trajet. Pas d'adhérence à l'aorte; en ouvrant l'œsophage, on constate la présence d'un squirrhe circulaire à surface ulcérée rugueuse, sans détritissaneux. Pas de dilatation de l'œsophage, ni ulcération au dessus la lésion. Au milieu de la face postérieure de l'œsophage, au niveau du cancer, existe un trou irrégulier, petit, communiquant facilement avec une petite caverne pulmonaire au niveau de partie la plus interne du lobe droit.

La face postérieure de cette cavité est limitée par une fausse membrane pleurale très résistante. Au-dessus et au-dessous de la petite cavité pulmonaire se trouve une large cavité aréolaire allongée le long du bord pulmonaire correspondant. Les parois de ces cavités ne présentent pas de dégénérescence cancéreuse, pas de détritissaneux gangréneux. Toutes deux renferment des substances alimentaires liquides et solides. Rien dans les bronches. Anciennes adhérences pleurales étendues à toute la cavité thoracique.

Pneumonie récente (hépatisation rouge) occupant les deux lobes inférieurs du poumon droit, en arrière. Au niveau des troncs veineux brachio-céphaliques, existent quelques ganglions petits, durs, adhérents à la paroi du vaisseau et présentant à la coupe un aspect noirâtre. Etat des reins: ils présentent au plus haut degré les lésions de la dégénérescence graisseuse.

20. Fracture de la base du crâne. — Rupture de la carotide interne. — Mort; par M. PICOTÉ, chef de clinique.

Le nommé Deschamps Eugène, âgé de 44 ans, conducteur d'omnibus, entré le 22 octobre à 8 heures du soir dans le service de M. le professeur GOSSELIN (M. BERGER suppléant) salle Ste-Vierge n° 47.

Le malade a fait une chute de l'impériale de sa voiture suivie de perte immédiate et absolue de connaissance. Le lendemain matin, à la visite, nous trouvons le malade dans le décubitus horizontal. Perte absolue du sentiment, Deschamps ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Hémiplegie complète du côté gauche. Perte de la sensibilité du même côté. La tête est légèrement inclinée du côté gauche, les paupières sont exactement fermées. Léger strabisme externe gauche, déviation conjuguée des yeux peu marquée. Rétention d'urine complète. Gémissements continus mais peu accentués, avec stertor.

Du côté droit, au niveau des centres du pariétal, existe une plaie linéaire longue de 3 centimètres environ, dirigée obliquement d'arrière en avant, sans décollement des liga-

ments. L'exploration au stylet ne révèle ni dénudation osseuse ni enfoncement.

Trépanation précédée d'une nouvelle exploration de l'os après débridement qui doit arrêter l'intervention si l'on ne trouve pas de fêlure. Or, on constate une double fêlure qui converge vers le point lésé, mais sans enfoncement. Une couronne de trépan est appliquée, le contour de la solution de continuité est exploré avec soin, pas de fragments d'os, pas de fracture de la table interne, mais un vaste épanchement sanguin au niveau duquel on voit se produire des mouvements d'expansion de la masse centrale. Le caillot est respecté. Pansement rigoureusement antiseptique. Dans le courant de la journée, la situation n'a pas changé.

24 octobre. Cathétérisme : peu d'urine dans la vessie quoique le malade n'ait pas uriné depuis la veille. — Mort à midi.

AUTOPSIE, pratiquée 40 heures après la mort. — Au niveau de la lésion cutanée, épanchement dans l'épicrâne, le muscle temporal et la fosse temporale ; à l'ouverture du crâne, on constate l'intégrité des méninges ; au niveau de la couronne de trépan, on ne constate aucune esquille osseuse, mais un vaste coagulum qui s'arrête par une ligne régulièrement courbe à quelques centimètres de la lésion. Le cerveau est enlevé avec précaution, il présente une vascularisation assez nette de l'autre côté. Dans le lobe sphénoïdal du côté opposé, contusion cérébrale occupant toute la partie inférieure du lobe, la pulpe est réduite à une bouillie noirâtre avec éclatement de la substance centrale en communication avec le ventricule latéral.

De l'autre côté, le lobe moyen forme un plan vertical, résultat de la compression énergique à laquelle il a été soumis. Petit foyer de contusions (2 à 3 centimètres) à la partie inférieure du même lobe. Épanchement séreux sous arachnoïdien. Vaste épanchement séro-sanguin du côté droit, intra-duremérien dans la fosse sphénoïdale. Du côté blessé, l'épanchement est extra-duremérien et fait suite au coagulum que nous avons signalé plus haut ; la dure-mère de la fosse sphénoïdale et d'une partie de la fosse occipitale est soulevée, ces deux fosses, surtout la première, sont en grande partie comblées par cette tumeur. La dure-mère est intacte et nullement perforée.

En enlevant la dure-mère avec précaution, on constate que la carotide interne, à sa sortie du canal carotidien et au niveau du sinus caverneux, est perforée ; ses parois sont en

quelque sorte déchiquetées, pas de caillot dans son intérieur.

Disposition des traits de fracture. Du point trépané au centre du pariétal, où elles convergent, partent deux traits, l'un très oblique, se dirigeant sur le frontal jusqu'au niveau de la suture médiane, l'autre se dirigeant dans la fosse sphénoïdale qu'elle traverse dans sa longueur, suivant un trajet sinueux, pour aboutir à la fente sphénoïdale, au niveau du trou grand rond, mais sans l'intéresser; elle envoie un trait perpendiculaire au rocher, sans le diviser.

Au niveau de la fente sphénoïdale, on trouve l'apophyse clinéoïde antérieure complètement détachée et appliquée contre la carotide interne; de la fracture à forme triangulaire qui la circonscrit, partent plusieurs traits, dont l'un vers la lame criblée et l'autre parallèlement à elle. Le rocher est disjoint. Il y a du sang dans l'orbite; les nerfs de l'orbite ne sont pas déchirés.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante au double point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement. Sous le premier point de vue, nous ferons remarquer: 1° La communication du foyer de contusion gauche avec le ventricule, ce qui semble en faveur du mécanisme invoqué par M. Duret sur la compression de dedans en dehors; 2° La déchirure de la carotide interne, fait rare, quand il ne donne pas lieu à l'anévrysme décrit par Nélaton, puisque M. Gérard Marchant, dans sa remarquable thèse, n'a pu en relever que deux cas; 3° L'aplatissement considérable du cerveau, ce qui, d'après les expériences de Marchant, suppose une compression des plus énergiques; 4° L'épanchement extra-dure-mérien de la base; l'épanchement étant le plus souvent la conséquence de la blessure de la méningée moyenne ou de l'une de ses branches, est ordinairement latéral; de plus, il est circonscrit; dans notre cas, au contraire, il est en nappe et très étendu.

Sous le deuxième point de vue, nous rappelons que le cas a présenté certaines difficultés. Fallait-il intervenir? Le malade présentait bien l'hémiplégie qui fut considérée en 1867, par M. Le Fort, comme une indication de trépan. Mais, outre l'hémiplégie, il y avait du stertor et M. Marchant a justement insisté sur la valeur séméiologique de ces deux signes associés dans la compression. Or, M. Tillaux et d'autres ont montré quels tristes résultats fournirait

la trépanation, sauf peut-être chez l'enfant, dans le cas de compression cérébrale.

Les signes locaux autorisaient-ils à l'intervention ? Pour certains chirurgiens, M. Gosselin entre autres, c'est la plaie qui doit guider ; il leur faut un enfoncement ; l'éminent chirurgien de la Charité déclare dans ses Cliniques, qu'il est dangereux d'intervenir quand le crâne n'est pas ouvert, et que l'encéphalite est en tout cas préférable à une plaie exposée opératoire.

D'autres, sans vouloir réhabiliter le trépan préventif, en se basant exclusivement sur les localisations cérébrales, estiment qu'il faut leur attribuer quelque valeur si la lésion locale est simple, mais si, d'autre part, l'hémiplégie est en rapport avec son siège. M. Berger a cru devoir se rallier à cette opinion mixte, se basant, d'une part, sur le trait de fracture, la possibilité d'un enfoncement de la table interne et l'innocuité d'une plaie opératoire pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, et s'il n'a trouvé de fragments enfoncés, du moins il a su prévenir, par les précautions qu'il a prises, l'apparition d'une encéphalite.

Ce cas, enfin, montre après tant d'autres, que le trépan reste le plus souvent impuissant, même quand on trouve des fragments enfoncés, en raison de la coexistence de foyers multiples de contusion cérébrale et qu'il peut être dangereux entre des mains inexpérimentées, si l'on a affaire à la division d'un gros tronc artériel.

Une règle importante, qui a été strictement observée, est de laisser le caillot intact, car lui seul peut assurer l'hémostase et que, de plus, comme l'avait déjà démontré M. Panas, la dissociation du caillot fait déterminer la production d'accidents méningitiques.

M. DURET dit que, dans les cas de cette nature, il est difficile de formuler les indications du trépan.

21. Tuberculose ancienne du poumon et des organes génitaux. — Ulcération de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Ulcération et atrésie de l'ampoule de Vater. — Rétention biliaire. — Eruption milliaire aiguë sur les séreuses péritonéales. Mort. — Autopsie ; par M. E. DOYEN, interne des hôpitaux.

Le nommé M... Joseph, âgé de 54 ans, passementier, entre

le 5 juillet 1882 à l'hôpital Tenon, dans le service du D^r LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Il y a vingt-deux ans, cet homme a contracté l'hiver une bronchite qui ne l'a plus quitté. Il a craché du sang pendant six semaines. Un long séjour à la campagne améliore son affection pulmonaire. Depuis vingt ans, il porte une hernie inguinale droite. L'intestin se réduit aisément.

Les deux testicules sont atteints de tuberculose. L'épididyme droit s'est induré il y a vingt-sept ans, avant l'apparition des premiers symptômes pulmonaires.

Le malade, marié depuis six ans, n'a pas d'enfants. Malgré la toux et une maigreur extrême, il put gagner sa vie jusque dans ces derniers temps. Il y a quinze mois, une glande tuberculeuse fit grossir le testicule droit, qui devint douloureux pour la première fois. L'épididyme gauche se tuméfia à son tour et devint bosselé. Il y a quinze jours, dans un effort pour uriner, le malade éprouva une vive douleur dans le bas-ventre et rendit de l'urine mêlée de pus. La miction devint pénible et difficile. Les accès de fièvre affaiblirent notre homme, qui se fit recevoir à la salle Saint-Ferdinand. Les bourses, volumineuses, contenaient deux tumeurs ovalaires, la droite avait le volume d'un œuf de dinde. La gauche, celle d'un œuf de poule. Aucune adhérence à la peau. A droite, la tumeur est unie, tendue, vaguement fluctuante. Le cordon, gros et moniliforme, se perd à sa surface. A gauche, le testicule semble sain. Il est coiffé d'un épидидyme plus volumineux que lui. Le canal déférent est moins atteint que du côté droit.

L'examen du thorax nous fait constater de la matité des deux sommets, une respiration rûle et des râles cavernuleux. Les crachats sont purulents et d'aspect nummulaires.

6 juillet. Depuis quelques jours, le malade se plaint d'uriner difficilement, la vessie est volumineuse. On le sonde avec une sonde molle de gomme rouge. L'urine, chargée d'urates, laisse déposer du pus et quelques grumeaux caséeux. Jamais elle n'a contenu de sang. Néanmoins, il est permis de penser à l'existence de lésions tuberculeuses de la vessie.

10 juillet. Sans cause appréciable, le malade ne demande plus à être sondé. On néglige de l'observer. Les accès fébriles subissent une recrudescence.

Un gonflement énorme envahit le périnée et les bourses. Cet œdème rosé s'étend au bas-ventre, à la partie supérieure des cuisses. Nous avons sous les yeux une vaste infiltration d'urine sans tendance à la gangrène des tissus. Le décollement s'étend jusqu'au pli de l'aîne, du côté gau-

che. Le malade est dans un état désespéré. On ne lui fait aucun traitement chirurgical.

4 août. Le faciès est meilleur. Toute l'urine s'écoule par trois pertuis ouverts au périnée, à la racine du scrotum. Il sort par là très peu de pus. Sur sa demande, le malade prend quelques bains.

La peau de la région sacrée s'excorie. Les téguments prennent une teinte subictérique dans les derniers jours et le malade s'éteint le 30 août.

AUTOPSIE. — Un chapelet de ganglions tuberculeux suit la veine diaphragmatique droite. Les deux sommets des poumons adhèrent solidement à la plèvre pariétale. Ils sont scléreux, atteints de dilatations bronchiques. Les canaux aériens forment des cavernules remplies de pus, en contact avec la muqueuse ulcérée; quelques nodules caséeux, d'épaisses travées fibreuses sont le vestige des lésions tuberculeuses anciennes en voie de cicatrisation. Aucune granulation grise en ces points scléreux.

Les lobes inférieurs, au contraire, sont congestionnés, atteints partiellement de broncho-pneumonie et criblés de tubercules jeunes. Les ganglions du hile sont caséeux. La plèvre pariétale n'en présente aucune trace. Le cœur est sain.

Le foie est d'une teinte bilieuse assez prononcée. La capsule présente quelques fausses membranes de péritonite tuberculeuse et de fines granulations grises. La rate est atteinte d'un certain degré de péricapnésie, ferme, et d'aspect granuleux. Tout le mésentère, la surface séreuse de l'intestin grêle, et en particulier le mince feuillet séreux qui sépare de la grande cavité abdominale l'arrière cavité des épiploons, et le lobe de Spiegel sont criblés de tubercules fort petits, à peine distincts à l'œil nu.

Cette membrane est étalée sur une lame de verre et colorée au carmin. On trouve dans le petit bassin quelques fausses membranes et une certaine quantité de séreuse purulente. Le foie et l'intestin sont extirpés de l'abdomen. A la section du lobe, nous sommes frappés de la nature des fèces, qui forment une épaisse bouillie d'un gris sale, sans trace de coloration biliaire. Les voies biliaires extra-hépatiques sont examinées. Leur calibre est normal jusqu'au voisinage du duodénum. A quelques millimètres de son extrémité, le canal cholédoque présente quelques petites ulcérations. Les parois sont accolées par un mucus purulent qui s'est concrété.

On a quelque peine à rétablir avec le stylet le cours de

la bile. Les selles n'avaient pas été remarquées. La teinte subictérique de la peau était assez peu prononcée pour ne pas faire songer à une rétention biliaire. Il est probable, si, d'autre part, nous considérons le volume de la vésicule, qui contenait environ deux cents grammes de bile, que l'oblitération de l'ampoule de Vater datait au plus d'une semaine. Sur les lobules, les coupes hépatiques sont dessinées à la périphérie par une coloration verdâtre, tandis qu'au centre se montre la veine centrale entourée d'une zone rougeâtre.

Les reins paraissent gras. Les uretères sont sains. Le foyer d'infiltration urineuse remonte à gauche vers la peau, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Plus bas, il baigne en entier le testicule et l'épididyme, sans perforer la cloison antéro-postérieure des bourses, et remonte à la partie profonde de la région spongieuse, pour s'étendre à droite tout autour de la tumeur testiculaire, au contact de la vaginale, perforer en haut l'aponévrose moyenne du périnée et pénétrer jusque dans l'étage supérieur, à droite et au-dessus du pubis.

Le sac herniaire baigne dans l'urine par son extrémité déclive. Il contient une épiplocèle adhérente depuis longtemps, et criblée de fines granulations tuberculeuses. Notons en outre la présence d'un peu de liquide louche et de quelques débris fibrino-purulents. L'urèthre, incisé par sa partie supérieure, après section de la symphyse et des branches ischio-pubiennes, se montre sain sur une longueur de six centimètres, à partir du méat. Plusieurs larges ulcérations de la muqueuse s'ouvrent alors dans le clapier sous-jacent. Toute la portion membraneuse est isolée et comme disséquée par l'infiltration urineuse.

Si nous prolongeons l'incision, nous pénétrons directement dans une cavité anfractueuse du volume d'un œuf, correspondant à la vésicule séminale gauche. Le contenu de cette caverne tuberculeuse s'est vidé primitivement dans l'urèthre sur le côté du verumontanum, sans doute au moment où le malade a vu ses urines contenir du pus, après un effort de miction. La rétention passagère d'urine peut être mise sur le compte du gonflement des tissus ulcérés.

L'infiltration d'urine s'est faite au niveau de l'union de la région prostatique et de la région membraneuse. Les ulcérations de la portion spongieuse paraissent ultérieures. Il est remarquable de voir comment, sans aucune atésie de la portion mobile de l'urèthre, aucune goutte d'urine ne s'est écoulée par le méat, dès que se furent fermés les

orifices périnéaux. La vessie et le col sont absolument sains. La prostate et l'autre vésicule séminale sont formées de petits foyers caséux. Quant aux tumeurs testiculaires, la droite est constituée presque uniquement par un kyste purulent qui représente l'épididyme. Le testicule, atrophié, présente des tubercules ayant subi la transformation fibreuse. Il existe à la partie supérieure une légère hydrocèle enkystée de la vaginale. A gauche, la séreuse contient une petite quantité de sérosité citrine. La glande séminale est atrophiée, mais ne présente pas de tubercules. L'épididyme constitue un kyste purulent et coiffe sa partie postéro-supérieure.

Nous ferons remarquer ici la marche insolite de l'affection tuberculeuse des testicules. Les formes types de tubercules fibreux ne sont pas communes dans la glande séminale. D'autre part, la durée fort longue (vingt-sept ans) à droite des lésions de l'épididyme, la formation de kystes purulents stationnaires, sans tendance à ulcérer la peau, sont des faits cliniques qui méritent une mention spéciale.

L'examen histologique nous montre pour les sommets pulmonaires une sclérose avancée avec dilatations bronchiques. Certains lobules sont atteints de broncho-pneumonie. Nulle part on ne voit de granulations tuberculeuses jeunes. Le foie est infiltré de graisse. Le centre des lobules, moins altéré, présente des cellules piquetées de pigment biliaire.

Le rein est sénile, quelques tubuli présentent des bouchons celloïdes. Le stroma fibreux épaissi enserre quelques glomérules et se montre surtout autour des artérioles atteintes d'endartérite végétante. La rate est amincie et paraît en un point de notre coupe présenter une granulation tuberculeuse. Les tubercules du péritoine siègent dans la couche sous-séreuse. La plupart sont forts petits et consistent en follicules élémentaires. Les coupes du testicule droit ne montrent nulle part de cellules embryonnaires ni de cellules géantes. Les tubercules fibreux, d'un diamètre de dix et quinze dixièmes de millimètres, sont constitués par un tissu conjonctif dense et transparent, et offrent à peine un vestige de leur centre granuleux. Les tubes séminifères qui les environnent en sont une reproduction en petit et se reconnaissent à quelques débris épithéliaux entourés d'un anneau fibreux. Les artérioles sont perdues dans le tissu conjonctif interstitiel, et leur calibre se trouve rétréci par les végétations fibreuses de la couche sous-endothéliale.

23. Ouverture d'un ganglion tuberculeux dans la trachée.

— Oblitération de la trachée et de la bronche droite; par M. Poupon, interne des hôpitaux.

Le nommé Dumorneau, Eugène, âgé de 5 ans et demi, entre le 21 octobre à l'hôpital des Enfants. On l'envoie comme atteint de croup. Reçu avec ce diagnostic par l'interne de garde, il est mis au pavillon de diphtérie, lit n° 6. L'interrogatoire apprend à M. le Dr BOUCHUT, chargé du service de la diphtérie, que cet enfant avait eu chez lui plusieurs accès de suffocation, dans l'intervalle desquels il était très calme. Voix et toux normales. Rien dans la gorge. Pas de tirage. Aucun engorgement ganglionnaire. L'auscultation et la percussion ne nous apprennent rien.

Dans la journée, accès de suffocation avec bruit de grelottement. Le lendemain, nouvel accès. Le 24 octobre, accès de suffocation tellement fort que l'on fut sur le point d'opérer le petit malade; ce qui empêcha l'intervention, ce fut le calme dans lequel retomba l'enfant après cet accès. Trois heures après, nouvel accès. Cette fois, on envoya chercher l'interne de garde pour faire la trachéotomie; mais, quand il arriva, il était trop tard; l'enfant était mort.

AUTOPSIE. — Larynx absolument normal. Dans la trachée, à 3 cent. au-dessus de la bifurcation des bronches, se trouve un corps blanchâtre friable, d'une longueur d'un centimètre environ et ayant le diamètre de la trachée, sur laquelle il se moulait exactement. Plus bas, séparé par l'intervalle de 4 à 5 millim. environ, un second corps semblable, de dimensions un peu moins considérables. Ce dernier corps étant enlevé, laissait voir une ulcération circulaire, large comme une lentille, et laissant pénétrer le stylet dans un foyer d'où sortait une matière caséuse semblable à celle qui était contenue dans la trachée et formait ces corps volumineux bouchant le calibre de la trachée. Cette ulcération était située à l'union de la paroi antérieure et de la paroi latérale droite de la trachée. En exerçant une certaine pression sur les parois de cette cavité, on faisait pénétrer dans la trachée une certaine quantité de cette matière caséuse qui bouchait la trachée. La dissection de cette région montra que l'on avait affaire à un ganglion tuberculeux, dont la matière caséuse s'était ramollie et s'était ouverte dans la trachée en laissant une cavité à la place du ganglion. Cette cavité est de la grosseur d'une noisette. — Dans la bronche droite, matière caséuse sem-

blable, en petits fragments juxtaposés dont l'ensemble oblitérait cette partie des voies respiratoires. Rien de semblable n'existait dans la bronche gauche. Au hile du poumon et tout autour des bronches et de la trachée se trouvent de nombreux ganglions tuberculeux. Au sommet du poumon droit, un noyau de pneumonie caséuse. Pas traces de tubercules isolés dans le reste des deux poumons. Aucune trace de tuberculose dans les autres organes de l'économie. En un mot, la tuberculose n'a frappé que les ganglions thoraciques, ou entre le noyau de pneumonie caséuse que nous avons déjà signalé.

Le thymus présentait des dimensions énormes pour un enfant de 5 ans et demi. Il mesurait 5 cent. dans sa plus grande dimension et près de 3 cent. dans l'autre. C'est un fait intéressant à signaler, car les affections du thymus étant aussi inconnues que ses usages, on peut se demander s'il n'y a pas une relation entre l'hypertrophie du thymus et la tuberculose des ganglions bronchiques. M. le professeur Cornil a bien voulu se charger de faire l'examen histologique de la pièce.

RÉFLEXIONS.— Cette observation est intéressante non seulement au point de vue clinique, à cause des erreurs de diagnostic auxquelles des cas semblables peuvent donner lieu, mais au point de vue du contraste entre l'intensité des lésions ganglionnaires et la faible importance des lésions pulmonaires; ce fait, signalé du reste souvent dans les observations d'adénopathie trachéo-bronchique, est important, car il montre la difficulté du diagnostic. Le rapport entre l'adénopathie trachéo-bronchique et l'hypertrophie du thymus est un autre fait des plus intéressants; il est indiqué dans la thèse de M. Baréty. La trachéotomie aurait-elle débarrassé le contenu des voies aériennes de ces produits caséux? C'est très possible; mais il aurait fallu peut-être aider l'expulsion de ces corps étrangers par la plaie trachéale, car la grosseur des bouchons caséux était gênante pour leur expulsion. Signalons aussi la rapidité de l'asphyxie, qui ne laisse pas le temps de faire la trachéotomie, ainsi que, dans ce cas-là, nous le montre encore une observation de M. Rathery (*Bul. Soc. anat.* 1869).

23. Grossesse extra-utérine datant de 7 ans. — Issue du squelette fœtal par le rectum ; par M. H. de BRUN du Bois-Nom, interne des hôpitaux.

La nommée Moineau, Léontine, âgée de 37 ans, a été prise, il y a sept ans, au second mois d'une grossesse qui paraissait normale, d'une douleur subite extrêmement vive dans le bas-ventre, suivie de syncope, de vomissements et de refroidissement des extrémités. C'était le début d'une péritonite qui, pendant trois semaines, inspira les plus vives inquiétudes, et dont la malade ne se releva qu'au bout de deux mois.

Puis la grossesse continua son évolution (sans déterminer d'autres troubles qu'un œdème assez prononcé des jambes), jusqu'au milieu du 9^e mois. Une quinzaine de jours avant l'époque attendue, le travail commença. Des douleurs expultrices se produisirent et devinrent de plus en plus fréquentes, *le col s'ouvrit*, puis tout à coup, au bout de trois jours, ces phénomènes cessèrent presque instantanément ; toute contraction douloureuse disparut, le ventre parut un peu s'affaïsser, le col se referma, et le lendemain, la malade se levait et reprenait ses occupations habituelles.

Pendant quelques jours, elle fut gênée par une sensation de tension inconmode du côté des mamelles, accompagnant une sécrétion lactée assez abondante. Six semaines après cette époque, la menstruation se rétablit, et pendant sept ans les règles se sont toujours produites avec la plus grande exactitude. Pendant toute cette période, l'état général a été excellent : aucune douleur dans le ventre, aucune irrégularité dans les fonctions intestinales, aucun de ces troubles de compression ou de ces phénomènes réflexes qui accompagnent si souvent les affections utérines ou péri-utérines.

Le 1^{er} mars dernier, — la dernière époque datant d'une quinzaine de jours, — la malade est prise de nouveau d'une vive douleur abdominale, accompagnée de fièvre, d'une sensation de malaise général, d'anorexie et de quelques vomissements. On diagnostique une péritonite, laquelle nécessite un séjour au lit de cinq semaines. Pendant ce temps, des cheveux sont rendus, mêlés aux matières fécales. Cinq mois plus tard, c'est-à-dire dans le courant du mois d'août, la malade expulse par le rectum de petits os, en assez grand nombre, paraissant appartenir à un squelette de fœtus à terme. Chaque selle en contenait un ou

deux. Ces os étaient absolument dépouillés de toutes les parties molles auxquelles ils donnent attache.

Actuellement (27 novembre), la malade continue à en expulser de temps en temps au milieu de ses matières fécales. Elle prétend avoir rendu des lambeaux de peau et des débris de tendons et de muscles.

Une grande partie du squelette a été ainsi évacuée; on trouve des côtes, des corps vertébraux, un tibia, un radius, un cubitus, un fémur, une omoplate, un rocher, un sphénoïde, un maxillaire supérieur, de nombreuses phalanges. Les deux premières côtes gauches sont soudées ensemble sur une partie de leur étendue. Tous ces os sont remarquables en ce que l'ossification est plus avancée qu'au moment de la naissance. Pour l'omoplate, les côtes et les os longs précédemment mentionnés, la diaphyse est ossifiée dans toute son étendue. Une coupe longitudinale pratiquée sur le tibia nous montre le tissu compacte très mince aux extrémités, s'épaississant considérablement vers le milieu de l'os aux dépens du canal médullaire qui, en ce point, n'a guère qu'un demi-millimètre de diamètre.

Tout d'abord, pendant le mois d'août et la première quinzaine de septembre, la malade éprouva des douleurs assez vives, ayant, dit-elle, une certaine analogie avec celles qui se produisent pendant l'accouchement, assez intenses pour empêcher le sommeil pendant plusieurs nuits de suite, se localisant dans les régions épigastrique et ombilicale. Depuis six semaines, les souffrances ont beaucoup diminué.

Actuellement, très bon état général. Bon appétit, pas de troubles intestinaux. Selles régulières. Pas de sang dans les garde-robes. La malade peut vaquer à ses occupations habituelles.

On sent à la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, non douloureuse à la pression. Cette tumeur a légèrement diminué depuis quelque temps. Le toucher rectal ne permet pas de sentir l'orifice qui fait communiquer le kyste avec l'intestin.

RÉFLEXIONS. — Nous nous trouvons là en présence d'un cas exceptionnel sous bien des rapports, et dont j'ai vainement recherché un exemple analogue. Le plus souvent, en effet, dans les grossesses extra-utérines, lorsque la malade ne succombe pas à la péritonite, de deux choses l'une : ou bien le fœtus subit la dégénérescence adipo-cireuse ou

calcaire (lithopédion); ou bien, quelque temps après la mort du fœtus, le kyste s'enflamme et suppure, et après que des adhérences inflammatoires se sont produites, il se fait une ulcération par laquelle la poche communique soit avec les organes voisins, soit avec la paroi abdominale. Quand, en particulier, l'ouverture se fait dans l'intestin, la malade est prise de diarrhée tout à coup, et rend par le rectum des matières purulentes, des détritits infects, au milieu desquels se trouvent des os de fœtus.

Ici, rien de semblable, pas d'évacuation rapide, pas de transformation calcaire. Le fœtus reste 7 ans dans son kyste sans déterminer aucun symptôme. Le squelette est absolument normal, seulement l'ossification est plus avancée que pour un fœtus à terme. Il est difficile de donner une explication de ce fait. Peut-être l'enfant a-t-il continué à vivre quelque temps après le travail du neuvième mois? La malade n'a pu à ce sujet nous donner aucune explication. Elle ne se rappelle pas avoir senti remuer après le temps normal, et elle ne croit pas que son médecin ait constaté alors les pulsations cardiaques.

Quoi qu'il en soit, notons ce fait que, à part les douleurs qui ont marqué le travail d'ulcération, aucune manifestation morbide n'a été la conséquence de l'évacuation du squelette. Notons aussi la longue durée de cette évacuation, qui a commencé en août et qui continue encore à la fin d'octobre.

24. Dystocie grave occasionnée par un myome interstitiel développé à l'union du col et du corps de l'utérus gravide. — Obstruction du conduit pelvien. — Défaut de dilation de l'orifice cervical. — Mort pendant le travail; par M. J.-A. DOLÉGIS.

La nommée X..., âgée de 40 ans, est apportée à la Clinique d'accouchements, service de M. le Dr CHARPENTIER, suppléant le professeur DEPAUL, le 19 octobre au matin. — Elle est dans un état fort grave : le pouls est petit, irrégulier et fort rapide, la respiration haletante, la peau froide et couverte de sueur, le faciès grippé et asphyxique. La malade est plongée dans une prostration profonde.

Voici les détails recueillis séance tenante : A l'âge de 22 ans, elle a accouché prématurément d'un enfant arrivé à peu près au terme de 7 mois et demi. — Elle est redevenue enceinte il y a 8 mois environ. Les renseignements

manquent sur son état de santé durant le long intervalle de ses deux grossesses et la durée de la gestation actuelle; il paraît certain, néanmoins, qu'elle n'a éprouvé ni maladies, ni accidents graves : pertes, hémorrhagies, etc.

Le 13 octobre dernier, sept jours par conséquent avant son arrivée à l'hôpital, sans cause déterminée, elle aurait perdu spontanément les eaux en abondance. Par la suite, elle a éprouvé quelques douleurs vagues, et se croyant en imminence d'accouchement, elle a consulté une sage-femme. Celle-ci s'est livrée à un examen long et minutieux, paraît-il. On ignore d'ailleurs de quelle nature a pu être l'intervention de l'accoucheuse, mais presque aussitôt après la femme perdait une grande quantité de sang.

Ceci se passait le 17 octobre. Le lendemain, la malade éprouvait un malaise vague, bientôt suivi de phénomènes de mauvais augure; douleurs abdominales, frissons, longues périodes d'affaissement accompagnées de lipothymies, succédant à des phases d'excitation nerveuse. Il se faisait par la vulve un écoulement extrêmement fétide, alternant avec de véritables hémorrhagies. Au milieu de cet état d'abattement et de ces troubles, indices significatifs d'une infection générale, les douleurs contractiles de l'utérus apparaissent rarement et se manifestent très faiblement.

19 octobre. Nous la trouvons dans l'état que j'ai indiqué en commençant. M. Charpentier juge urgent de hâter le travail par tous les moyens possibles, de façon à soustraire la malade aux effets de la putréfaction de l'œuf. Cette putréfaction est de toute évidence, et outre l'odeur fétide qu'exhale le liquide qui s'écoule par la vulve, on perçoit très nettement une crépitation superficielle sur toute l'étendue de l'abdomen, atteignant la racine des cuisses et la base du thorax jusque vers la partie postérieure du tronc, crépitation qui ne peut être attribuée qu'au développement des gaz putrides dans l'épaisseur même de la paroi du ventre et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'abdomen n'est pas très volumineux, et s'il existe en même temps de la physométrie et de l'emphysème du fœtus, ce doit être à un faible degré.

Le col utérin est long de 5 centimètres de l'orifice externe à l'orifice interne; il se laisse pénétrer facilement par le doigt; l'excavation paraît libre, et on sent la tête fœtale en O. I. G. A., qui descend un peu au-dessous du plan du détroit supérieur, à peine engagée par conséquent. Inutile de dire que les battements du cœur de l'enfant ne s'entendent point. Les contractions sont rares. On prescrit pour la journée des lavages antiseptiques de la cavité vaginale

et quelques injections sous-cutanées d'éther. On procède en outre à l'introduction successive de dilateurs de Barnes de plus en plus volumineux, de manière à élargir le conduit cervical et à obtenir rapidement la dilatation. La journée se passe ainsi. Le soir, vers 5 heures, on constate que le col est encore long, mais que deux ou trois doigts peuvent être facilement introduits. Il parut même que le tissu cervical semblait induré sur un point et comme fibreux; ce ne fut cependant qu'une remarque passagère à laquelle on n'attacha guère d'importance.

Comme l'état de la malade empirait notablement, malgré la vive répugnance qu'il éprouvait à intervenir dans de si mauvaises conditions, mais calculant que la seule chance de salut qui restât consistait dans une rapide délivrance, M Charpentier fit des tentatives pour amoindrir la tête, puis la broyer au moyen du céphalotribe. Il faut se hâter de dire que tout fut inutile : c'est à peine si l'introduction d'une seule branche de l'instrument pouvait s'effectuer; la tête fuyait au-dessus du détroit supérieur, quelque précaution que l'on prit pour la maintenir. On essaya successivement du cranioclaste, d'un petit forceps, de crochets mousses, de pinces à os, mais sans plus de succès. C'est avec les plus grandes difficultés que la voûte crânienne du fœtus pût être saisie par son extrémité la plus accessible; on réussit seulement à la déformer par la pression des instruments sans pouvoir l'engager. — L'obstacle, il faut bien en convenir, paraissait tenir surtout au col, qui ne se dilatait pas, et aussi à la mobilité de la tête qui paraissait éprouver pour sa descente une difficulté inexplicable. La nature de cette difficulté ne fut connue que plus tard. Il fallut renoncer à l'espoir de terminer l'entreprise. Les douleurs, très faibles, ne se produisaient qu'à de rares intervalles; la malade allait s'affaiblissant de plus en plus. Elle expira trois quarts d'heure environ après qu'on eut cessé toute intervention.

AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après la mort. — En voici les détails importants : Le ventre est peu développé. Les gaz qui, pendant la vie, existaient dans le tissu cellulaire sous cutané, ont disparu. A l'ouverture de la cavité abdominale il ne s'en échappe point non plus : les anses intestinales sont affaissées et très peu congestionnées dans leur tunique séreuse. Ça et là, cependant, le grand épiploon a contracté quelques adhérences faibles, récentes avec des points enflammés du péritoine pariétal. Il y a environ cinquante grammes de sérosité louche dans le petit bassin.

L'utérus remonte jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'appendice xyphoïde; sa surface est arborisée par places et on y aperçoit çà et là un mince exsudat fibrineux. L'ovaire droit est fortement congestionné. Toutes ces parties exhalent une odeur extrêmement fétide, mais nulle part il n'existe des traces de suppuration ou même d'inflammation bien intense.

J'enlève l'utérus dans son entier, avec le fœtus qu'il contient, en détachant avec le plus grand soin les ligaments à leur insertion et en disséquant les adhérences qu'il a contractées du côté gauche vers les parties molles du petit bassin, ou mieux du plancher pelvien. J'obtiens ainsi la pièce complète, contenant et contenu, dont l'examen me permet d'établir les rapports réciproques.

En désinsérant le ligament large du côté gauche, j'ai constaté déjà la présence d'un corps volumineux adhérent au segment latéral inférieur de la matrice et contribuant à maintenir le col très haut dans la zone supérieure de l'excavation. Ce corps est un énorme fibro-myome qui oblitère la moitié gauche de l'aire du détroit supérieur, ce dont je puis m'assurer en essayant vainement de presser à travers les parois utérines sur la tête fœtale pour la faire descendre.

Une fois l'organe enlevé, j'en pratique la section longitudinalement et sur la ligne médiane antérieure, depuis le fond jusqu'à l'orifice antérieur du vagin. Le col est long de plus de 3 centimètres dans toute son étendue; avant de l'inciser, j'ai pu y introduire l'extrémité affilée de la main.

Je reconnais que le fibrome déjà entrevu est d'un volume approchant de celui d'une tête de fœtus à terme, que sa consistance est considérable, fait important; qu'il est inclus dans la paroi utérine gauche et développé partie dans le tissu du corps, partie dans celui du col, laissant libre la majeure partie du corps et à peine un bourrelet du col de 1 centim. 1/2 sur la demi-circonférence gauche, la demi-circonférence droite étant libre et indépendante du néoplasme. La tumeur est assez régulièrement arrondie; elle fait dans la cavité de la matrice une saillie notable; un peu moindre à l'extérieur. La portion intra-utérine est tapissée par la caduque, érodée, déchirée, infiltrée de sang et recouverte d'une couche putrilagineuse, au milieu de laquelle on reconnaît des débris de membranes; c'est là évidemment la source des hémorrhagies qui ont précédé le travail et qui ont reparu au moment des tentatives d'extraction. La portion extra utérine adossée à la zone supérieure de

la paroi pelvienne gauche est recouverte par les replis du ligament large.

On peut très aisément se rendre compte de l'amincissement subi par la paroi de l'utérus dans la moitié droite de la zone cervicale supérieure, amincissement décrit par Braune et Bandl, mais qu'ici je ne trouve pas aussi accusé que ces auteurs l'ont indiqué. Il y a évidemment une différence assez notable entre l'épaisseur des lèvres du col et celle de la zone cervicale supérieure; mais il n'y a pas entre celle-ci et l'épaisseur des parois du corps cette disproportion caractéristique signalée par les auteurs précités, et qui leur a permis d'établir l'existence de deux segments distincts pour le col de l'utérus gravide près du terme : 1° segment supérieur infundibuliforme, allongé et fort aminci, limité en haut par l'orifice interne de Braune, en bas par l'anneau de Muller; 2° segment inférieur court et épais, cylindroïde, limité en haut par l'anneau de Muller et en bas par l'orifice externe du col s'ouvrant dans le vagin.

Le cas particulier trouve une explication plausible de son désaccord avec les autres faits, dans les remarques suivantes : défaut d'engagement de la tête dans le bassin ; âge avancé de la femme ; enfin présence de la tumeur sur un des côtés du col et transformation fibreuse de l'organe à un degré quelconque.

Il n'existait ni déchirures ni dilacérations profondes. Les vaisseaux et sinus utérins étaient gorgés de sang noir, épais et putride.

Le placenta est inséré sur le segment droit de l'utérus, assez près du col, mais insuffisamment pour avoir été décollé par les contractions. La tête fœtale porte les traces des tentatives opératoires, elle est aplatie, allongée, déformée dans la partie qui a pu être atteinte et saisie par les instruments. On peut voir qu'elle n'a pas dépassé l'anneau qui constitue l'orifice interne.

L'examen de fragments de la tumeur, dissociations et coupes, a été fait au laboratoire d'histologie de la Clinique, par M. Moulouquet, externe du service, « Le tissu est très vasculaire et presque uniquement constitué par des éléments jeunes, fibres musculaires lisses et fibres conjonctives, enveloppés par une trame déliée et rare d'éléments conjonctifs adultes. » C'est donc un fibro-myome classique avec la caractéristique habituelle de l'accroissement rapide quo subissent ces sortes de tumeurs pendant la grossesse.

RÉFLEXIONS. — Il n'est pas utile d'insister sur la cause immédiate de la mort qui, comme il est facile d'en juger, a

été produite par une septicémie rapide ayant son origine dans la décomposition des tissus fœtaux et du sang provenant de la surface intra-utérine de la tumeur. Les produits septiques de la putréfaction ont pu pénétrer l'organisme maternel par les différentes voies absorbantes ouvertes au niveau des parties lésées de la muqueuse, et cela avec une grande promptitude.

Cliniquement, il n'est pas sans intérêt de nous arrêter, au point de vue de la dystocie occasionnée par les myômes utérins, sur la variabilité de la terminaison. Ceux qui entraînent les plus grands dangers sont assurément les myômes interstitiels et, parmi ceux-ci, ce sont ceux qui ont pris le développement dans le segment inférieur de l'utérus. Tandis que les tumeurs de ce genre appendues au corps et devenues sous-péritonéales se déplacent au moment de l'accouchement; que celles qui sont appendues au col sous forme de polypes souvent volumineux sont chassées au-devant de la partie fœtale qui se présente et deviennent à un moment donné assez accessibles, par le vagin, pour que l'excision en soit généralement aisée, les fibromes se présentant avec les caractères et dans les circonstances que je viens d'indiquer à propos du cas malheureux qui m'occupe, sont d'ordinaire l'occasion de dystocie entièrement grave. Cette gravité est encore augmentée lorsque le myôme, au lieu de subir un ramollissement notable qui permettrait à la partie fœtale de se mouler, à la longue, dans le pelvis rétréci, en comprimant, en laminant en quelque sorte la tumeur, conserve exceptionnellement la consistance et la dureté qui lui sont propres hors l'état de grossesse; ce qui était le cas ici.

Qu'il me soit permis de dire deux mots d'un fait qui s'est présenté il y a peu de temps à la Clinique, et dans lequel, contre toute attente, la terminaison s'est faite quasi-spontanément. La femme en question était envoyée par M. le Dr Maygrier qui avait constaté l'existence d'un énorme fibrome, formant dans l'abdomen une saillie très nette juxtaposée au côté gauche de l'utérus gravide. Cette tumeur remontait presque jusqu'à cinq travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Du côté du bassin, on la sentait proéminer et occuper la plus grande partie de l'excavation, après avoir refoulé le col tout à fait sur la droite. Après

quatre jours d'un travail énergique et soutenu, l'orifice était à peine dilaté, et on pouvait craindre que la partie gauche du col restée résistante et dure ne se prêtât point à la dilatation. La perforation de la tête fœtale, suivie de la dilacération de la matière cérébrale fut pratiquée, et malgré tout il paraissait absolument impossible que l'expulsion de l'enfant eût lieu par les voies naturelles. C'était évidemment un cas dans lequel beaucoup auraient tenté l'opération césarienne, sans plus attendre. Nonobstant, fort de son expérience de cas analogues, et basant la raison de sa conduite sur la donnée du siège d'implantation de la tumeur et son indépendance relative par rapport à l'utérus, M. Charpentier préféra attendre encore; au reste, la parturiente n'éprouvait aucun symptôme bien alarmant. Grâce à cette expectation prudente, elle a pu jouir du bénéfice de l'accouchement spontané, sans intervention chirurgicale; elle s'est définitivement relevée au bout de quelques jours sans avoir éprouvé de complications dans les suites de couches.

Par ce que j'ai dit précédemment, la cause de cette différence dans la terminaison est facile à saisir dans ces deux cas, qu'il est fort intéressant de rapprocher. Ici, nous avons affaire à une tumeur, diagnostiquée, volumineuse, saillante dans l'abdomen et dans le bassin, juxtaposée à la matrice, indépendante, par conséquent, sauf au niveau de son adhérence. Les contractions utérines ont agi sur cette tumeur, relativement pédiculée, en la forçant à remonter au fur et à mesure que la tête fœtale s'engageait; le myôme a accompagné le mouvement ascensionnel du segment inférieur de l'utérus qui s'élevait progressivement en décoiffant lentement l'extrémité fœtale. La chose était possible uniquement par ce que la tumeur était hors de l'utérus et libre dans une certaine mesure. Du reste, ce mouvement de glissement l'un sur l'autre et en sens inverse de la tête fœtale et de la tumeur, celle-la descendant, celle-ci s'élevant au contraire, est un mécanisme bien connu de tous.

Chez la femme qui fait l'objet de notre présentation, à l'inverse du cas précédent, le myôme est interstitiel, c'est-à-dire fusionné avec le segment gauche inférieur de l'utérus, appartenant surtout à la portion cervicale de l'organe et de plus inclus dans l'excavation, recouvert et fixé par les attaches

utérines avec lesquelles il a des connexions de tissus qui le relient plus ou moins solidement à la paroi pelvienne. Il a agi autant par obstruction que comme obstacle à la dilatation, Spiegelberg donne aux tumeurs ainsi placées le nom de *fibromes incarcérés*. On conçoit donc que la tête fœtale n'ait pas pu pénétrer dans le bassin et que l'effacement du col et son déplacement aient été impossibles.

M. CHARPENTIER désire insister sur deux points de la communication. C'est, en premier lieu, le fait de l'impossibilité de diagnostiquer cliniquement une tumeur de ce genre, à moins que l'attention ne soit spécialement dirigée dans ce sens. Dans le cas actuel, la femme a été examinée par nombre de personnes, la sage-femme en chef, le chef de clinique et par M. Charpentier lui-même, à plusieurs reprises, sans que quelqu'un ait seulement émis l'idée d'un obstacle matériel à la dilatation du col, encore moins, par conséquent de l'existence d'une tumeur. M. Ribemont, qui a introduit plusieurs dilateurs de Barnes et qui, à cette occasion, aussi bien que dans les tentatives opératoires qu'il a faites, pour l'extraction du fœtus, concurremment avec M. Charpentier, a exploré la cavité pelvienne, n'a rien trouvé qui pût le mettre sur la voie du diagnostic du fibrome.

Le deuxième point sur lequel M. Charpentier appelle l'attention, c'est la formation de gaz dans l'épaisseur des parois abdominales. Cet emphysème sous-cutané, dont la pathogénie n'a rien de comparable à celui qui se produit dans les cas de fistule laryngée ou pleurale, ne s'explique guère. On pouvait à bon droit s'attendre à trouver des gaz putrides dans l'utérus, dans les tissus du fœtus, mais comment interpréter leur présence ailleurs?

M. DOLÉRIIS répond que ce développement gazeux s'explique apparemment par l'état de septicémie grave de la mère à cette période ultime de la vie. La démonstration en a été surabondamment fournie par la présence constatée dans les tissus, les liquides et le sang, des bactéries septiques qu'il a pu cultiver et étudier dans un autre objet que celui de la communication actuelle.

M. BRUN fait observer qu'on ne rencontre point d'ordi-

naire de bactéries septiques dans le sang pendant la vie, cette espèce d'organismes étant, d'après M. Pasteur, des anaérobies qui ne peuvent s'accommoder de la vie au contact de l'oxygène du sang.

M. DOLÉRIS accepte la justesse de l'observation, mais il faut ici considérer que la malade en question était dans un état quasi asphyxique depuis le matin. Dans ces conditions, l'hématose se fait si mal que le sang chargé d'acide carbonique constitue dans une certaine mesure un habitat favorable aux bactéries septiques. Dans deux cas comparables, il a pu, en recueillant du sang à la période organique ou de suite après la mort, constater leur présence en petite quantité. Dans le fait actuel, l'examen de ce liquide a été pratiqué très peu de temps avant la mort : les organismes y étaient rares. L'examen a été fait de nouveau après la mort, dix heures plus tard ; les microbes se concentraient en proportion croissante.

M. DURET rappelle qu'il existe des formes graves d'érysipèle dites érysipèle bronzé, de même que des phlegmons à marche rapide et d'origine évidemment maligne qui présentent, dès leur début, un développement gazeux dans l'épaisseur des tissus mous. Ce sont là, apparemment, des variétés d'emphysème septique. D'ordinaire, les gaz proviennent du sang et on a toujours constaté des ruptures vasculaires.

M. CORNIL ne doute pas que, dans l'observation précédente, les gaz ne fussent de provenance septique. Les microbes agissent en désorganisant la substance des tissus et en la décomposant chimiquement à la façon des ferments. Il en résulte un développement gazeux, identique avec celui que détermine la putréfaction véritable, composé spécialement d'acide carbonique, d'hydrogène sulfuré, etc. On l'observe également dans différentes sortes d'abcès, et d'habitude le pus acquiert alors une odeur très fétide. Chez la malade de M. Dolérís, il n'est pas douteux qu'il existât dans l'utérus un foyer de putréfaction, au niveau du col et de la tumeur. Il y avait là, comme l'autopsie l'a démontré, des lésions, solutions de continuité, surfaces dénudées, suffisantes pour permettre l'introduction des bactéries. Celles-ci ont pu

s'infiltrer dans les tissus et jusque dans la paroi abdominale sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la rupture d'un vaisseau. La lymphe qui baigne les éléments anatomiques constitue pour ces organismes un véhicule plus favorable que le courant sanguin.

25. M. LAUNOIS montre un *cancer de la vessie* développé chez un enfant de 7 ans.

26. M. FRÉMONT présente : 1° Un *anévrisme de l'aorte* ouvert dans la *trachée*. 2° Un *cas d'obstruction des voies biliaires* par une *tumeur du pancréas*.

27. M. CHAMBARD échange son titre de membre-adjoint contre celui de membre correspondant.

Le Secrétaire,

G. BALLET.

NOVEMBRE

Séance du 3 novembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

1. M. MARIE présente un *cancer du foie*.
2. **Endocardite septique consécutive à un érysipèle traumatique de la face**; par M. GENDRON, interne des hôpitaux.

Varon, âgé de 66 ans, entre le 25 septembre à l'hôpital Beaujon, service de M. Léon LABBÉ. On l'a reçu pour une plaie contuse de la joue. Cette plaie vient à se compliquer d'érysipèle qui s'étend au cuir chevelu, sans dépasser la tête.

Le 23 octobre, la poussée érysipélateuse est complètement éteinte, une forte desquamation recouvre la face, le malade est entré en convalescence et paraissait en voie de guérison, lorsqu'on appelle de nouveau notre attention sur lui en nous signalant que, depuis deux jours, il va mal. En effet, la fièvre est revenu, il est abattu et peu lucide; la langue est desséchée, il y a de la constipation, le ventre est normal. Aucune trace d'une nouvelle poussée érysipélateuse ne vient expliquer cet état; on ne découvre rien dans la poitrine. Le pouls est régulier et plein et le soir, on compte 84 pulsations et T. 38°,4. En explorant le cœur, nous découvrons, à la pointe, un souffle systolique intense et rude, les bruits du second temps sont normaux. Le malade n'accuse ni angoisse, ni oppression. Jusque-là nous n'avions pas ausculté le cœur, et, au premier moment, nous hésitions à croire à une lésion récente, bien que le malade ne nous révélât, dans ses antécédents, ni rhumatisme, ni aucun trouble qui relevât d'une affection cardiaque. Malgré son âge, il ne paraissait nullement athéromateux; mais c'était un sujet d'apparence peu vigoureuse, et, en outre, notablement débilité pendant son séjour à l'hôpital.

24 octobre. Le matin, la langue est encore sèche, le

souffle persiste, la température reste à 37°, mais, dans l'après-midi, il est pris d'un fort accès de fièvre avec frissons et sueur.

25 octobre. L'état est le même et il n'y a pas de fièvre le matin. Le soir, à la contre-visite, nous le trouvons en plein accès, avec des frissons répétés, la température s'élève à 40°; le pouls est accéléré et régulier. L'exploration du ventre n'indique rien, ni du côté du foie, ni du côté de la rate. On entend quelques râles muqueux aux bases des poumons. Le souffle cardiaque persiste avec les mêmes caractères.

26 et 27 octobre. La température reste assez élevée; on peut noter quelques irrégularités du pouls. V... se plaint de douleurs lombaires. Les jours suivants, il accuse de la douleur dans le coude droit, puis dans l'épaule, sans rougeur ni gonflement de ces régions. La fièvre devient plus continue, avec un état typhoïde grave, langue desséchée, pommettes colorées, prostration. L'examen microscopique du sang révèle une augmentation notable du nombre des globules blancs, et, par la quantité qui s'en présente dans le champ de l'objectif, on peut évaluer qu'il y en a quatre à cinq fois plus qu'à l'état normal; on découvre en outre, à côté des éléments figurés du sang, une foule de petites granulations isolées ou groupées en chapelets.

31 octobre. Le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE, faite 36 heures après le décès. — Ni la *peau* ni le *tissu cellulaire* sous-cutané ne présentent de lésion; cependant, à la partie postérieure de la tête, il y a, sous le cuir chevelu, une petite collection purulente, sans altération osseuse sur aucun point de la boîte crânienne.

Les *articulations* du coude et de l'épaule droite qui, pendant la vie, avaient été le siège de quelques douleurs, sont intactes. A l'épaule, on trouve une déformation considérable de l'extrémité humérale et de la cavité glénoïde, vestiges d'une ancienne fracture avec consolidation vicieuse.

Le *péricarde* est sain et ne contient pas d'épanchement pathologique. Le *cœur* a un volume normal, il est un peu flasque, chargé de graisse au niveau de ses sillons. Le myocarde a une coloration feuille-morte et une consistance peu ferme. En ouvrant largement l'oreillette gauche, qui n'est nullement atteinte, on découvre de grosses végétations qui font saillie dans la lumière de l'orifice mitral. Après incision du cœur gauche, de façon à mettre à jour les deux cavités et leur orifice de communication, voici

dans quel état se présente la valvule mitrale : elle est rouge, injectée sur toute son étendue et particulièrement au niveau de la valve postérieure ; cette valve, seulement sur sa face auriculaire et près de son bord libre, est hérissée de végétations volumineuses, inégales, molles, friables ; à la base de ces végétations, la sèreuse est injectée, mais, à leur voisinage et sur toute leur étendue, les valves ont conservé leur souplesse et ne sont ni épaissies, ni déformées. Ni l'endocarde ventriculaire ni les piliers ne présentent d'altérations. A l'orifice aortique, on trouve, sur la face interne de la valvule sigmoïde la plus contiguë à la valvule mitrale altérée, une grosse végétation framboisée également récente ; les autres valvules sont saines, ainsi que les parois de la crosse aortique. Le cœur droit ne présente rien.

Les plèvres et les poumons sont sains, à part un peu de congestion aux bases. Dans le tube digestif, on ne remarque rien. La rate est grosse, pèse 620 grammes, elle est molle et diffuente. Le foie est volumineux, il pèse 2,200 gram. A sa surface, sous la capsule d'enveloppe, on voit un grand nombre de petites taches blanchâtres, arrondies, disséminées. Des sections faites à leur niveau montrent qu'elles répondent à de petites granulations contenues dans le parenchyme hépatique ; toutes se trouvent à la surface de l'organe, ressemblant à de petits abcès miliaires, il ne s'en échappe aucun liquide.

Le rein droit paraît normal. Le rein gauche pèse 210 gr., on voit par transparence sous sa capsule, facile à détacher, plusieurs taches de teinte hémorrhagique. Sur des coupes, ces taches répondent à des infarctus situés dans la substance corticale : ils présentent l'aspect d'un noyau pyramidal à base tournée vers la surface, dont le centre est jaunâtre et la périphérie très congestionnée avec une coloration rouge-brun, qui tranche sur la substance avoisinante. Le cerveau et les méninges ne renferment aucune lésion.

Au moment où nous remettons cette observation, nous n'avons encore examiné que les lésions valvulaires : le microscope nous a montré que les productions développées sur l'endocarde étaient formées exclusivement par une énorme quantité de jeunes cellules.

S. Cancer encéphaloïde de la vessie : par M. MARFAN, interne des hôpitaux.

Le 25 octobre 1882, entre dans le service de M. B. ANGEL,

salle Sainte-Jeanne, n° 6, la nommée Vand..., Mélanie. Elle est cachectique au dernier degré; figure d'une maigre squelettique, teint blanc mat, membres très émaciés. Pas d'œdème des membres inférieurs.

La malade est Flamande et comprend mal le français; elle est dans un état subcomateux, aussi les renseignements qu'on peut en avoir sont les suivants: depuis deux ans, elle a éprouvé des troubles fonctionnels variés du côté des organes urinaires; miction difficile ou douloureuse, rétention, puis miction par regorgement, hématuries. Le ventre est tendu, douloureux à la pression, peu ballonné; de temps en temps la malade vomit, surtout quand on essaie de lui donner quelque aliment.

31 octobre. A la visite du matin, au toucher, M. Anger constate à la partie supérieure du vagin une tumeur volumineuse, dure, masquant absolument le col, qu'on parvient à trouver tout à fait en haut et à gauche. Cette tumeur donnait au premier abord la sensation d'un corps fibreux; toutefois, elle présentait à son centre une partie molle où M. Anger fit une ponction au bistouri; il sortit du sang et des caillots; l'ouverture fut alors agrandie par une incision qui donna issue à une matière couleur chocolat ou jaunâtre et à des caillots exhalant une odeur fétide. Écartant l'idée d'une hématocele anté-utérine ouverte antérieurement dans la vessie, M. Anger s'arrêta à l'idée d'un cancer dont le point de départ restait à déterminer.

Dans la journée et surtout vers le soir, le pouls devint plus fréquent, la malade restant dans son état comateux, n'éprouvant aucun frisson, et le lendemain matin, à 9 heures, elle mourait sans avoir présenté aucun autre symptôme, ni convulsions, ni même agitation.

AUTOPSIE. — *Poumons, cœur, foie, rate* absolument sains. A l'ouverture du ventre, on trouve la trace d'une péritonite déjà ancienne; les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes et on trouve du pus dans la cavité abdominale et jusque dans les fosses iliaques.

L'*utérus* est sain, le cul-de-sac postérieur absolument libre; l'antérieur aussi, mais la vessie est volumineuse et dure. En écartant la symphyse du pubis et en ouvrant la vessie sur une sonde cannelée introduite dans l'urèthre, on se trouve en présence de champignons énormes, exhalant une odeur putride et remplissant toute la cavité de la vessie, dont la paroi antéro-supérieure paraît seule indemne. Le doigt, introduit par le vagin dans l'incision, arrive dans la vessie après s'être frayé un chemin dans

ces longosités, qui semblent bien être du tissu encéphaloïde.

A la partie postérieure et inférieure, enclavé dans la masse végétante, on trouve un calcul unique, dur, assez lourd, rappelant assez exactement la forme et l'aspect extérieurs de l'animal appelé oursin. La face inférieure, plane, en est noire et bosselée (calcul mural), le reste de sa surface est recouvert de petites paillettes jaunâtres. Le plus grand diamètre de ce calcul est de 3 centimètres et demi. Les uretères sont dilatés; les deux reins présentent les lésions de la pyélo-néphrite; les calices et les bassinets sont dilatés, pleins de pus; leur muqueuse est verdâtre. La substance corticale est dure, pâle, lardacée. Point de calculs dans ces reins.

L'examen micrographique de la tumeur nous a montré les caractères du carcinome encéphaloïde: les travées conjonctives circonscrivant les alvéoles sont minces, peu multipliées par places. Par contre, on peut constater dans la tumeur la présence de nombreux vaisseaux, dont beaucoup ont leur lumière obstruée. Les reins présentent les lésions de la néphrite parenchymateuse. En plus, l'élément conjonctif a augmenté d'importance. On voit entre les tubes, dont beaucoup sont vides de leur épithélium, des faisceaux conjonctifs infiltrés de noyaux embryonnaires.

4. Corps étranger de l'œsophage. — Extraction. — Mort par perforation consécutive de l'aorte; par M. FILLOT, interne des hôpitaux.

Le nommé Leneaux, 29 ans, charbonnier, entre à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 9, pour un corps étranger de l'œsophage dont il est porteur depuis 36 heures.

Le cathétérisme pratiqué le lendemain, au matin, indique la présence du corps à 30 centimètres des arcades dentaires, c'est-à-dire à 15 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Il n'est déplacé ni par la bougie à olive, ni par la bougie armée d'une petite éponge qui passe facilement au-dessous de lui, et l'exploration est remise au lendemain. Alors, on retire avec le panier de Graefe un fragment d'os d'une longueur de 1 cent. 1/2, d'une largeur de quelques millimètres et pointu à ses deux extrémités. Le lendemain, 27 octobre, le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Il reprend ses occupations et le 30 octobre, au matin, on le rapporte sur un brancard. Il a été trouvé dans un escalier affaissé sous un meuble qu'il portait, et il a vomi paraît-il, une certaine quantité de sang. Dans l'après-midi,

nouvelle hémorrhagie, piqûres d'éther, glace. Quelques heures après, à la contre-visite, et, pendant que nous l'examinons, il est pris d'une hémorrhagie foudroyante et meurt devant nous.

AUTOPSIE. — On trouve ce qui suit : perforation ulcéralive de la largeur d'une pièce de 1 franc sur la paroi postérieure de l'œsophage, à 12 centimètres au-dessus du cardia ; au même niveau, perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes sur la paroi antérieure de l'aorte descendante ; réunion des deux conduits par un tissu cellulaire épaissi et sphacélé ; distension de l'estomac par un énorme caillot sanguin ; infarctus multiples à la surface et dans l'épaisseur du foie.

Séance du 10 novembre 1883

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

5. Anomalie asymétrique chez deux cynocéphales hamadryas ; par M. le Dr Ch. FÉRÉ.

On attache une trop grande importance aux asymétries des circonvolutions cérébrales, et surtout on exagère les rapports qu'elles peuvent avoir avec les altérations de l'intelligence et du sens moral. Il n'existe pas de cerveau humain qui soit parfaitement symétrique, et ce qu'on peut dire du cerveau adulte, on peut le dire aussi du cerveau de l'enfant et même du fœtus. Dès le moment où les premiers vestiges des plis cérébraux apparaissent, on peut constater qu'ils n'affectent pas une disposition rigoureusement symétrique. Nous avons déjà rapporté des exemples d'anomalies considérables, qui ne pouvaient être mises en connexion avec aucun trouble fonctionnel appréciable. Les déviations du type ne sont pas spéciales à l'homme ; voici deux cerveaux de Cynocéphale hamadryas qui présentent du côté gauche seulement une anomalie très importante et qui pourront permettre de donner à ces singes une place plus élevée dans l'échelle zoologique. Sur ces deux cerveaux, la scissure occipitale externe du côté gauche est coupée par

un pli de passage très saillant, qui rappelle complètement le pli de passage pariéto-occipital supérieur de l'homme. Cette disposition n'existe pas du côté droit, où la scissure est continue.

6. Ramollissement de la protubérance, dégénération secondaire des fibres transversales. — Dégénération descendante; par M. le D^r Ch. FÉRÉ.

M. FÉRÉ montre la protubérance et le bulbe d'une femme de 85 ans, atteinte d'hémiplégie droite, avec contracture comprenant la face. Sur la protubérance, tout contre la ligne médiane, mais du côté gauche, un peu en avant de l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'axe antéro-postérieur, il existe une cavité superficielle qui logerait une lentille, remplie de sérosité et dont les parois ont à peine conservé une légère teinte jaunâtre. De chaque côté de ce foyer, on voit partir une bandelette déprimée, d'une coloration gris-jaune, en tout analogue aux faisceaux de dégénération secondaire des pyramides. et qui a, vers la ligne médiane, la même largeur que le foyer déjà décrit, tandis qu'en dehors elle s'effile progressivement pour s'épuiser à la base du pédoncule cérébelleux. Outre cette dégénération des fibres transversales de la protubérance, il existe une dégénération très marquée de la pyramide gauche.

L'existence d'une paralysie faciale homonyme peut s'expliquer par ce fait que le foyer est situé vers la partie supérieure de la protubérance, vraisemblablement au-dessus de l'entrecroisement des fibres du facial.

7. M. FÉRÉ montre un nouvel exemple de *végétations condylomateuses* de la *valvule mitrale*, avec vascularisation de l'endocarde, chez un sujet âgé qui a succombé à une affection des reins consécutive à un *cancer utérin*.

8. M. BALLET montre le *cerveau* d'une malade qui a succombé récemment et qui, durant la vie, était affectée d'*accès d'épilepsie partielle* se reproduisant par séries et laissant à leur suite une hémiplégie gauche légère et transitoire. La lésion rencontrée à la nécropsie a été la suivante: un noyau d'induration dont l'examen microscopique établira la nature et qui siégeait au voisinage de la région considérée comme le centre moteur du membre supérieur (piéd de la 2^e circonvolution frontale).

M. CORNIL pense que l'hémiplégie observée en pareil cas pourrait peut-être s'expliquer par le développement de phénomènes congestifs ou inflammatoires au pourtour de la tumeur, contrairement à l'opinion du présentateur qui, se fondant sur le caractère essentiellement transitoire des phénomènes paralytiques, a de la tendance à considérer ces derniers comme purement neurolytiques.

9. Sarcome de l'auriculaire droit ; par M. le D^r LAGRANGE, aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou.

L... 52 ans, alcoolique, sans antécédents particuliers, se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur LE FORT, suppléé par M. KIRMISSON, pour qu'on le débarrasse d'une petite tumeur située à l'extrémité de l'auriculaire droit.

Cette tumeur s'est développée à la suite d'un pincement vigoureux des parties molles qui reposent sur la face antérieure de l'articulation phalangino-phalangettienne. A la suite de ce traumatisme, se produisit une ecchymose considérable qui disparut en deux semaines environ. Un mois après l'accident, c'est-à-dire dans les premiers jours de mai 1882, le malade constata l'existence d'une petite tuméfaction dure, du volume d'une noisette, au siège exact du traumatisme. Cette tuméfaction, peu douloureuse, grossit assez rapidement, acquit en quelques semaines le volume d'une noisette et se ramollit à sa partie centrale. En juin, une incision fut faite sur le point ramolli ; elle est restée fistuleuse et depuis il s'en est constamment écoulé un peu de liquide séro-sanguinolent. Un bourgeon charnu, sorti par cet étroit orifice, a été à plusieurs reprises supprimé par des attouchements au nitrate d'argent.

Le 15 octobre 1882, on constate l'état suivant : la tumeur a le volume d'une noix ; elle est allongée dans le sens vertical et occupe toute la partie antérieure de la phalangine et de la phalange. La peau est amincie, distendue par un trajet fistuleux placé au centre de la tumeur et par où s'écoule un liquide poisseux, sanguinolent, peu abondant. A côté de cet orifice se trouvent deux points ramollis, au niveau desquels la peau est menacée d'une ulcération prochaine. Le squelette est indépendant de la tuméfaction, la partie postérieure du petit doigt est saine, l'articulation phalangino-phalangettienne est intacte. Les signes subjectifs sont nuls, il n'y a point d'engorgement ganglionnaire.

Séance tenante, M. Kirmisson pratique l'extirpation. La peau est disséquée assez facilement sur toute l'étendue du

néoplasme, qui adhère au squelette par des tractions fibreuses assez lâches. L'articulation sous-jacente est ouverte. Le tendon du fléchisseur profond est sectionné au-dessus de la tumeur, qu'il pénètre par son extrémité supérieure.

L'*examen macroscopique* permet de constater les dispositions suivantes. Le tissu de ce néoplasme est blanchâtre, peu vasculaire; la consistance en est variée, certaines parties sont très ramollies, d'autres sont au contraire très dures. Quelques points rappellent l'aspect ordinaire du chondrome dégénéré, myxome, d'autres points l'aspect du sarcome. A la partie supérieure, on distingue très nettement la section du tendon du fléchisseur profond. Ce point peut être regardé comme le hile, le pédicule de la tumeur. Un examen attentif démontre que les trabécules fibreux, durs, qui traversent le néoplasme, se rattachent à ce pédicule et peuvent en être regardés comme l'épanouissement, l'exfoliation.

L'*examen microscopique* a porté sur deux régions différentes: 1° Sur la région superficielle du néoplasme; 2° Sur les parties centrales, au niveau des tractus fibreux. Les parties périphériques sont constituées par du tissu sarcomateux pur embryonnaire, sans particularités notables. Les parties centrales fournissent des préparations plus intéressantes, qui peuvent se ramener au type suivant: Trois ou quatre lames fibreuses nacrées séparées par de larges îlots de tissu exclusivement constitué par des noyaux embryoplastiques. De ces bandelettes nacrées partent des travées fibreuses qui vont se perdre en s'exfoliant dans le tissu embryonnaire.

Dans l'intérieur même des larges bandelettes fibreuses, se trouvent un nombre considérable de petits îlots bien circonscrits, allongés dans le sens des fibres de ces bandelettes et constitués par des éléments jeunes de tout point semblables à ceux qui forment la masse générale du néoplasme.

RÉFLEXIONS.—Il est clair qu'il s'agit là d'un sarcome embryonnaire intéressant un tendon. Mais la tumeur s'est-elle développée primitivement dans l'épaisseur même du tissu tendineux ou bien celui-ci a-t-il été envahi consécutivement? Déjà la disposition générale de la tumeur n'adhérant pas au squelette, n'ayant avec la peau que des rapports de voisinage et contractant avec le tendon fléchisseur les rapports qui précèdent font penser à une tumeur intra-tendineuse. L'exa-

men microscopique paraît fortement appuyer cette manière de voir, à l'appui de laquelle il importe surtout de signaler l'existence des petits îlots embryonnaires développés dans le centre des travées tendineuses, aux dépens des cellules plates inter-fasciculaires. Ces petits îlots ont des dimensions variables qui établissent bien la transition entre eux et les grosses masses sarcomateuses qui constituent la majeure partie du néoplasme. Ils paraissent représenter dans sa plus simple expression le processus formateur de la tumeur qui nous occupe et qui mériterait alors le nom de sarcome intra-tendineux, diagnostic anatomique auquel nous croyons devoir nous arrêter.

MM. SCHWARTZ et CORNIL font des réserves au sujet de l'origine du sarcome dans l'épaisseur même du tendon. Ils considèrent que l'examen histologique est, dans l'espèce, insuffisamment démonstratif.

10. Tumeur du cervelet ; par MM. FAISANS et CHARRIN,
internes des hôpitaux.

Le nommé Ch. François, serrurier, âgé de 37 ans, est entré le 10 novembre 1882 à l'hôpital de la Pitié, salle Jenner, n° 11, service de M. le professeur LASÈGUE.

Cet homme raconte que, pour la première fois, il y a un an et demi, il a éprouvé une douleur à la région occipitale. Depuis lors, tout en présentant des périodes de calme et d'exacerbation, elle n'a jamais complètement disparu. Elle est allée en croissant d'une façon régulièrement progressive ; et, depuis deux mois, son intensité est telle que le malade, soit à cause d'elle, soit à cause d'une difficulté nerveuse, à la fin d'août, dans la marche, n'a pas pu continuer ses occupations, il s'est soigné chez lui, a pris de l'iodure de potassium, puis s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate que la plupart des organes fonctionnent régulièrement.

Il n'a jamais fait de grande maladie ; pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas d'antécédents héréditaires. Cœur régulier, battements de force moyenne. Respiration normale. Fonctions digestives s'exécutant bien. Urine (1612 gr. en 24 h.) sans sucre, ni albumine. La santé générale ne paraît pas atteinte ; Ch. est grand, plutôt maigre que gras.

Force musculaire conservée soit aux membres supérieurs, soit aux inférieurs, le malade étant couché. Pas de contracture. Réflexes ni augmentés, ni diminués. Pas de

troubles trophiques. Sensibilité intacte. Rien de spécial pour les fonctions génitales.

Le malade entend bien et voit bien actuellement : il aurait eu, il y a 3 semaines, de l'amblyopie et peut-être de la diplopie. Pas de strabisme, pupilles égales et sensibles (l'examen du fond de l'œil ne peut être fait). L'intelligence n'est pas intéressée. Le malade n'a jamais eu de pertes de connaissance ; pas de convulsions, pas de vomissements. Deux points seuls sont à noter.

C'est d'abord l'existence d'une douleur intense localisée à l'occiput, s'irradiant à la nuque et dans le dos ; elle est continue et semble aller en augmentant, elle est obtuse. En second lieu, si on fait lever le malade, on remarque qu'il chancelle sur ses jambes, qui ne sont pourtant ni atrophiées, ni paralysées. Il craint de tomber, il ne se hasarde à marcher que si on est auprès de lui, prêt à le soutenir. Sa démarche est caractéristique : il oscille de droite à gauche et de gauche à droite, comme un homme ivre. Ce manque d'équilibre et cette douleur postérieure font penser à une tumeur du cervelet.

Il reste dans le service et les purgatifs, les sangsues à la nuque, le bromure et l'iodure de potassium, les narcotiques ne le calment que tout à fait momentanément. Il souffre de plus en plus et tombe, le 25 novembre, dans un accablement, une sorte d'obtusité qui va croissant jusqu'à sa mort. Cet état de dépression n'est nullement du coma ; il comprend ce qu'on lui dit, répond, mais sa réponse, lente, dénote une grande souffrance.

26 novembre. On remarque un peu de diminution de la force musculaire dans le membre supérieur gauche et une légère paralysie faciale du même côté.

29 novembre. Soir. Il présente de la façon la plus nette, pendant 2 heures et demie, la respiration de Cheyne-Stokes et un pouls rapide mais régulier, avec une température normale. Il comprend encore, mais ne répond plus. Il meurt le 30 novembre au matin.

AUTOPSIE. — Les viscères sont intacts, sauf les poumons fortement congestionnés, la protubérance et le cervelet. On trouve en effet, en arrière de la protubérance, entre les pédoncules cérébelleux supérieurs, adhérente à des débris de la valvule de Vieussens, une tumeur de la grosseur d'une noix. A la coupe, elle est rougeâtre, molle, paraît vasculaire. Cette tumeur peut comprimer la portion supérieure du plancher du quatrième ventricule, mais ne lui est pas unie. De la portion solide, part une fausse mem-

brane de 0,002 millim. d'épaisseur qui forme un kyste développé en arrière, refoulant les lobes latéraux du cervelet et surtout le lobe moyen.

Cette poche kystique contient 23 gr. d'un liquide assez fluide, rougeâtre, riche en globules sanguins, pauvre en éléments cellulaires d'autre nature et en cristaux, d'une densité de 1022 à 15°, légèrement alcalin et contenant, si on rapporte au litre, 70 gr. de matière fixe pour 1000 gr., dont 60 gr. 20 de substances albuminoïdes et 9 gr. 80 de sels minéraux. De plus, des traces de cholestérine. Ainsi, cette tumeur comprend deux parties : une partie solide et une partie liquide kystique. Le microscope nous montre que la partie solide est formée de cellules arrondies, plus souvent elliptiques, quelques-unes fusiformes. A peine voit-on un stratum fibrillaire dans quelques points. Le liquide du kyste se rapproche des liquides des séreuses. On a peut-être affaire là à un sarcome kystique développé aux dépens des séreuses d'enveloppe?

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous montre l'exactitude de l'opinion de Nothnagel attribuant la *titubation ébrieuse* à une destruction du lobe moyen du cervelet. Ainsi, non seulement elle permet de penser à une tumeur du cervelet, mais elle peut faire supposer une altération portant surtout sur le vermis ; c'est le cas de notre observation, car le prolongement kystique avait surtout détruit le lobe moyen du cervelet.

La compression, ne pouvant s'exercer que sur la portion tout à fait supérieure du plancher du quatrième ventricule, explique l'absence de sucre et d'albumine. Enfin, l'absence de lésions des hémisphères, une compression insuffisante sur l'aqueduc de Sylvius pour retenir le liquide dans les ventricules moyens et latéraux, les distendre, explique la conservation de l'intelligence. Il a été impossible de saisir nettement, au point de vue anatomique, la cause de la parésie faciale gauche, la tumeur étant exactement et régulièrement sur la ligne médiane.

11. M. CHANTEMESSE montre les pièces d'un malade alcoolique chez lequel on avait diagnostiqué une *cirrhose atrophique* du foie. A l'autopsie, on n'a pas trouvé de cirrhose, on n'a rencontré que des lésions d'endocardite mitrale, de péri-hépatite et de péri-splénite chronique.

12. M. SÈNE présente des pièces provenant d'un enfant chez lequel des *lombrics* ont fait irruption dans le péritoine et déterminé une *péritonite généralisée*.

Séance du 17 novembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

13. Kyste hydatique du poumon; par M. DERIGNAC, interne des hôpitaux.

Landrieu Anna, âgée de 30 ans, modiste, entrée le 13 août 1882, salle Sainte-Anne, lit n°1, dans le service de M. LANDOUZY, suppléant pendant les vacances M. le professeur HARDY.

Cette femme, chez laquelle on ne retrouve aucun antécédent de tuberculose, fut prise il y a cinq ans de toux, de dyspnée, symptômes qui furent, par plusieurs médecins, en ville, rapportés à de la bronchite, à de la pleurésie, qui enfin augmentant en intensité depuis trois mois et s'accompagnant d'hémoptysies fréquentes, firent croire à l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Au dire de la malade, la dyspnée aurait été sans cesse croissant; depuis le premier jour de son apparition, il y a cinq ans, elle subissait des exacerbations sous l'influence du moindre effort et se serait accrue notablement chaque hiver, pendant toute la durée des temps froids; enfin les hémoptysies auraient apparu pour la première fois il y a trois mois et se seraient montrées à cinq reprises différentes, constituées par du sang rutilant, aéré, évalué en abondance chaque fois à la valeur d'un demi-verre. Au moment où ont apparu ces hémoptysies, la dyspnée a commencé à devenir plus considérable, et à partir de cette époque la malade a commencé à maigrir et à perdre l'appétit.

Actuellement, la figure est pâle, amaigrie; la malade accuse une perte notable des forces; nulle part elle ne présente trace de bouffissure ou d'œdème.

Le thorax en masse est plus dilaté à gauche de quatre centimètres; outre sa dilatation en masse, il présente audessous de la clavicule une saillie qui ne proémine pas di-

rectement en avant, mais en avant et en dehors; à la base, du même côté, il est fortement dilaté, les fausses côtes sont notablement rejetées en dehors et leur rebord proéminent ainsi se continue, sans ligne de démarcation, avec la paroi abdominale soulevée elle-même et projetée en avant.

La percussion dénote une matité absolue dans toute la hauteur de la poitrine en avant et à gauche jusqu'à la ligne médiane, matité qui empiète sur la cavité abdominale soulevée et projetée en avant comme nous l'avons signalé. A droite, la percussion est normale en haut sous la clavicule; au-dessous d'une ligne oblique allant de la deuxième à la septième côte droite, en dehors du mamelon, la matité apparaît à nouveau pour se confondre en bas et à droite avec la matité du foie, en bas et à gauche avec la matité thoracique et abdominale que nous avons signalée. Dès l'abord, il est permis de constater que ces régions mates, qui se confondent entre elles, répondent à des organes différents: au foie, au cœur, dont l'on voit la pointe battre à droite au niveau des cinquième sixième et septième espaces, en dehors du mamelon; enfin au kyste dans tout le côté gauche, ceci soit dit par anticipation. En arrière, la sonorité est normale dans toute la hauteur du poumon droit; à gauche, la matité est absolue dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse; en bas, au contraire, la percussion donne les caractères de la percussion pulmonaire normale ou à peu près, et cette zone sonore se prolonge un peu latéralement et en bas tandis qu'en haut, en se rapprochant de l'aisselle, la matité apparaît à nouveau, se confondant avec celle signalée en avant du thorax à gauche, et avec celle signalée en arrière et en haut du même côté. Les vibrations vocales sont conservées, quoique beaucoup diminuées sous la clavicule gauche, elles sont abolies absolument dans le reste des zones mates et réapparaissent en bas, en arrière et à gauche, là où existe la sonorité.

L'auscultation pratiquée à gauche et en arrière laisse percevoir du souffle dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Sans mélange aucun de râles, même dans les efforts de toux; au-dessous de la zone soufflante, dans les parties sonores à la percussion, le murmure vésiculaire peut-être perçu, mais il n'a point son moelleux normal, il est comme granuleux. — Dans le creux axillaire, la respiration est légèrement soufflante à l'inspiration — En avant, il existe de la résonnance vocale très nette, sous la clavicule gauche, dans les parties plus déclives et du même côté; elle se fait sentir très faible et ne se produit vraisemblablement pas sous l'oreille mais

est transmise à ce niveau par les parois thoraciques. — A droite, le murmure vésiculaire se laisse entendre quoique fort affaibli.

Le cœur est dévié à droite, avons-nous dit, et sa pointe bat dans les 5^e 6^e 7^e espaces du même côté, à 0,120 en dehors de la ligne médiane; on retrouve un foyer de battements à l'union du 2^m cartilage costal droit avec le sternum; un autre foyer de battements derrière la ligne médiane du sternum, au niveau de la 4^e côte. Les pouls radiaux sont égaux en intensité, synchrones entre eux et avec le pouls crural. Les autres organes sont sains, les urines ne contiennent point d'albumine.

Après cet examen, M. Landouzy pense que les symptômes que nous venons de mentionner devaient être rapportés à un kyste hydatique, et le 17 il se décida à intervenir.

Une ponction capillaire aspiratrice pratiquée ce jour même laisse écouler 3,250 grammes d'un liquide clair, limpide comme l'eau de roche, ne contenant point d'albumine, renfermant beaucoup de chlorures, des crochets nombreux et quelques globules rouges. Le liquide fut retiré lentement, dans la crainte d'une syncope au cas où le cœur reprendrait trop vite sa situation normale, ou encore dans la crainte de ruptures de fausses membranes dont l'existence n'était point douteuse et dont la déchirure eut pu amener une hémorrhagie, ou encore dans la crainte que des hémorrhagies pulmonaires ne puissent se produire au cas d'une distension trop brusque du parenchyme. Les choses allaient ainsi lorsque, vers la fin de l'écoulement du liquide, de l'air arriva en grande abondance dans la bouteille en même temps que le liquide qui, cependant, restait clair, non sanguinolent à l'œil nu; enfin lorsqu'on eut retiré la canule, la malade fut prise de quintes de toux qui expulsaient des crachats vermillon et persistèrent avec ces caractères encore quelques jours.

L'auscultation pratiquée à ce moment laissa percevoir du tintement métallique : dans tout le côté gauche, la percussion donnait une sonorité exagérée. Température vaginale 38°,1 le matin, 38°,2 le soir, la même, en un mot, que les jours précédents. Applications de nombreuses ventouses sèches sur la poitrine. Injection d'ergotine.

18 Août. La température s'élève à 38°,8 le matin, à 39°,6 le soir; l'état local reste le même; point d'urticaire, point d'éruption cutanée; 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

19 Août. Les crachats toujours rouge vermillon sont un peu odorants. La malade a eu de petits frissons. 1 gramme de sulfate de quinine. T. 39°,6.

20 Août. Les crachats ont une odeur sphacélique très nette, ils demeurent grisâtres. Fluctuation thoracique. Le cœur est peut-être un peu revenu vers la gauche. T, 39°,4 et 40°.

23 Août. La couleur des crachats est absolument grisâtre. T. 38°,6 et 39°,8.

27 Août. Ponction exploratrice qui laisse écouler 250 grammes d'un liquide identique à celui des crachats; issue d'air par la canule; ce voyant, M. Landouzy se décide à pratiquer l'empyème. Une incision de 0,07 est pratiquée dans le 6° espace, limitée en avant et en arrière par les verticales qui tombent des parois antérieure et postérieure de l'aisselle. Dès qu'il a pénétré dans le thorax, M. Landouzy, portant le doigt au fond de la plaie, sent distinctement le poumon en arrière et en bas; au contraire, dirigeant l'index en avant, il heurte une sorte de cloison dure, résistante, qu'il se décide à inciser, et c'est seulement après ce dernier temps de l'opération qu'on voit faire hernie au dehors quelques hydatides, qui ne tardent point à être suivies de l'expulsion de la poche entière représentant le kyste d'une tête d'adulte au moins. Introduction dans le kyste de quatre tubes en caoutchouc, du diamètre chacun de 0,08; lavages à l'eau phéniquée à 6/000. Température 38°,2 et 39°,2; suppression de l'acide salicylique donné depuis trois jours à la dose de 1 gramme 50.

28 Août. Au matin, en faisant le lavage, syncope, dilatation de la pupille, mort apparente qui disparaît à l'aide d'injections sous-cutanées d'éther et après un quart d'heure de respiration artificielle. Lavage le soir sans accidents.

Tous les jours qui suivent, des lavages phéniqués sont pratiqués 2 fois dans les 24 heures, la malade les supporte assez bien. Les crachats infects cessent bientôt; le liquide qui sort de la plaie perd bien vite de son odeur, cependant dans la nuit du 31 août la malade a, nous dit la veilleuse, une faiblesse et elle succombe en quelques instants.

AUTOPSIE. — Etant donnée la situation du cœur refoulé à droite, étant donné que le kyste refoulait en bas au-dessous des fausses côtes la paroi abdominale, étant donné que la matité kystique se confondait avec celle du cœur à droite, avec celle du foie en bas, M. Landouzy avait émis l'hypothèse que nous pourrions bien nous trouver en face d'un kyste hydatique développé aux dépens du lobe gauche du foie, kyste hépatique qui aurait ascensionné dans le thorax en perforant ou refoulant le diaphragme pour contourner ensuite le cœur et le refouler du côté

droit. L'ouverture de l'abdomen, pratiquée tout d'abord, ne vérifia point cette hypothèse, le foie, les divers organes abdominaux étaient absolument sains.

L'ouverture du thorax à gauche, au niveau de la région où avait été pratiqué l'empyème, laisse d'abord pénétrer dans une cavité limitée en avant par la paroi kystique, en arrière et latéralement par la paroi thoracique, en haut, au niveau de la 5^e côte, par l'union à angle aigu de la paroi kystique avec la paroi thoracique, en bas par le diaphragme, cavité de forme pyramidale à base inférieure contenant le lobe inférieur du poumon refoulé dans sa partie la plus déclive; disposition qui explique pourquoi, pendant la vie, la sonorité persistait dans la partie la plus inférieure de la poitrine, tandis qu'elle ne pouvait être perçue en haut au niveau du 6^e espace, là où avait été pratiqué l'empyème. C'est dans cette cavité pleurale qu'avait conduit l'incision des parties molles du thorax; c'est sur sa paroi interne ou kystique qu'une seconde incision profonde dut être faite pour pénétrer dans la poche du kyste, d'où l'explication de la présence de l'air dans la poche kystique par la communication établie entre le kyste et la cavité contenant le poumon.

Excepté en cette région, où la paroi kystique fermait la paroi interne de la cavité contenant le lobe inférieur du poumon, partout, sur le reste de la paroi thoracique, le kyste était fortement adhérent, difficile à décoller. Ces adhérences intimes se prolongeaient en avant jusqu'à la ligne médiane; de là la paroi kystique se portait directement en arrière pour adhérer à la colonne vertébrale, formant ainsi une sorte de mur qui, malgré l'écoulement du liquide, n'avait point permis au cœur de reprendre sa situation normale; les côtes, partout où existaient ces adhérences, étaient friables, ramollies, se laissaient briser facilement. En bas, la paroi kystique adhérait au diaphragme et sa situation à ce niveau, lorsque la poche était distendue par le liquide, explique le renversement des côtes en dehors, la voussure abdominale, le kyste distendu ayant pu refouler le diaphragme en bas et proéminer pour ainsi dire du côté de l'abdomen.

Le lobe inférieur du poumon était, avons-nous dit, refoulé en bas et en arrière; le lobe supérieur avait presque entièrement disparu; on en retrouvait, au microscope, quelques vestiges sur la face interne de la paroi kystique, fermée surtout en haut ou doublée plutôt par la plèvre épaissie. Le cœur n'était point refoulé en masse vers la droite; il avait subi sur son axe une torsion de gauche à

droite, torsion très appréciable lors de l'ouverture du cadavre et qui, longtemps après l'autopsie, resta marquée par un sillon absolument net. L'aorte, du fait de ce mouvement de torsion, était reportée en arrière du côté de la colonne vertébrale ; l'artère pulmonaire, reportée vers la droite, décrivait autour de l'aorte une spire d'hélice presque complète. Cette disposition du cœur, dont la pointe était portée à droite par un mouvement de distorsion; ces déplacements, ces distorsions des vaisseaux qui partent de la base du cœur expliquent suffisamment, comme le faisait observer M. Landouzy lorsque nous faisons notre présentation à la Société, les syncopes fréquentes en pareille occurrence, celle entre autres que nous eûmes l'occasion d'observer lors de notre deuxième lavage; une pareille disposition indique que, dans des cas semblables, le liquide ne devra être évacué que lentement, très lentement, la distorsion du cœur ou des vaisseaux, si elle venait à cesser brusquement, pouvant entraîner des syncopes.

Le foie, à chaque distension de la poche, était refoulé en bas par l'intermédiaire du diaphragme, et sa matité à ce moment se confondait avec celle du kyste, comme cela avait été observé pendant la vie; le poumon droit était sain ou à peu près, les gros vaisseaux, les nerfs de la base du cou avaient été refoulés; les autres organes, rein, cerveau, etc., étaient sains.

RÉFLEXIONS. — L'examen macroscopique et l'étude au microscope de la paroi kystique autorisent, croyons-nous, à dire que nous avons ici eu affaire à un kyste hydatique développé au sein du parenchyme pulmonaire; le lobe supérieur du poumon, presque inappréciable à l'œil nu, se retrouvait au microscope sur la face interne de la poche, doublée extérieurement de la plèvre épaissie; ces vestiges du parenchyme pulmonaire, qui se retrouvaient presque directement sur la face interne de la poche ainsi constituée, ou au moins n'en étaient séparés que par une très mince épaisseur de tissu conjonctif, réalisent une disposition qui se trouve exactement en rapport avec la description qu'ont donnée les auteurs des kystes hydatiques pulmonaires; les uns prétendent que l'enveloppe adventice manque toujours (Cruveilhier), ou quelquefois (Trousseau); d'autres disent qu'elle se réduit à une mince lame ou à une lame peu épaisse (Houel Davaine).

Mais ce n'est point à ce titre seul que notre observation

est intéressante, elle est intéressante encore parce qu'elle nous montre un kyste hydatique qui, pendant de longues années, a donné le change, a fait croire à des pleurésies, que l'examen de la fièvre eût peut-être permis d'éliminer.

Les hémoptysies sont fréquentes dans le cours des kystes hydatiques du poumon (Letulle) ; elles se montrent deux fois sur trois cas, selon Hearn, lorsque la poche n'est point rompue, et c'est dans ces conditions qu'elles ont apparu chez notre malade, trois mois avant son entrée à l'hôpital ; elles ont apparu cinq fois, constituées à chaque reprise par une quantité de sang équivalente à un demi-verre.

Ces hémoptysies, avec la dépression des forces que présentait la malade, avaient pu donner le change et faire croire à des médecins de la ville à l'existence d'une tuberculose : la *dilatation*, la *voussure thoracique*, signes sur lesquels insiste fortement Trousseau, ont permis chez notre malade d'éliminer la tuberculose ; ce signe, en l'espèce, mérite d'être sérieusement noté.

Nous tenons à insister ici spécialement sur le déplacement de la pointe du cœur par *distorsion* de l'organe, de telle sorte que la pointe semblait avoir exécuté un mouvement de rotation de gauche à droite autour du grand axe du cœur, qu'elle aurait contourné en avant. Cette distorsion, comme le faisait justement observer M. Landouzy, explique suffisamment, avec la distorsion des gros vaisseaux du cœur, les syncopes si fréquentes en pareil cas, soit dans le cours du développement du kyste, soit au moment où le liquide s'écoule, ou pendant qu'on pratique les lavages, ou encore à propos de la moindre impression morale ou dans l'exécution des mouvements.

A ce propos, nous rappellerons que, chez notre malade, nous eûmes lors du deuxième lavage des accidents syncopaux ; l'injection avait été pratiquée avec un liquide un peu plus que tiède ; nous pensâmes que, dans de pareilles conditions, il avait pu se produire une dilatation rapide des gaz contenus dans le kyste, une dilatation de la poche consécutive, laquelle, exerçant une pression sur le cœur, avait exagéré son mouvement de distorsion. Nous résolûmes alors de pratiquer les jours suivants les injections avec un liquide à la température de la salle, et nous

n'eûmes qu'à nous louer de cette pratique ; à partir de ce jour nous n'observâmes plus d'accidents syncopaux.

M. LANDOUZY, à propos de ce cas, fait remarquer que la translation du cœur à droite s'était opérée par un mouvement de torsion qui explique les syncopes si fréquentes en l'espèce, lors du développement du kyste ou encore lorsqu'on vient à le vider trop brusquement.

M. DERIGNAC appuie l'opinion que vient d'émettre M. Landouzy; lors d'un lavage qui fut pratiqué dans la poche kystique avec un liquide chaud, une syncope survint qui devait être, dit M. Derignac, mise sur le compte de la dilatation rapide des gaz distendant la poche et exagérant ainsi la torsion du cœur, des vaisseaux ; il appuie cette opinion sur ce fait que, les jours suivants, l'usage d'eau à la température de la chambre ne fut plus suivi d'accidents syncopaux.

M. LANDOUZY insiste ensuite sur les difficultés qu'a présentées l'opération chez ce malade; il croit que, si cette femme n'eût point attendu 5 ans pour venir à l'hôpital, on eût pu tenter avec chances de succès sa guérison.

14. Absence congénitale de la vésicule biliaire ; par
MM. RAMBAULT et SCHACHMANN, internes provisoires.

Le foie que nous avons l'honneur de présenter à la Société provient d'un paralytique général, mort dans le service de M. FALRET, à Bicêtre.

Nous n'avons remarqué, depuis le 1^{er} janvier 1882 jusqu'à sa mort, aucune particularité du côté des voies biliaires ; les fonctions digestives s'exécutaient parfaitement, jamais la moindre suffusion ictérique. Dans ces derniers mois, il a eu plusieurs attaques congestives et a succombé dans un de ces accès.

AUTOPSIE.—En outre des lésions classiques de la paralysie générale, nous avons trouvé un foie relativement petit, n'atteignant pas le rebord des fausses côtes. A l'examen de sa face inférieure, nous l'eûmes immédiatement frappés par l'absence de *vésicule biliaire*. La fossette cystique était remplacée par un sillon étroit et peu profond.

Le canal cholédoque, ouvert dans toute sa longueur, ne présente pas la moindre trace d'abouchement d'un canal cystique. Le canal hépatique et ses branches, ouvert jus-

qu'à travers le parenchyme hépatique, n'ont rien présenté d'anormal. Malgré des coupes multipliées dans toutes les régions du foie, nous n'avons pu trouver vestige d'une vésicule rudimentaire, ni d'une de ces vésicules centrales qu'on a signalées.

On ne peut pas songer ici à une atrophie pathologique de l'organe; il n'en existe aucune trace. C'est donc simplement un fait bien constaté d'agénésie de la vésicule biliaire chez l'homme, que nous ajoutons aux quelques cas déjà connus dans la science.

15. M. JOSIAS, au nom de M. DERIGNAC et en son nom, présente un cancer du pylore et du foie.

16. M. FESTA montre une cirrhose atrophique du foie qui présente certains caractères de ressemblance avec le foie syphilitique.

M. CORNIL, à propos des déformations et de l'aspect lobé très marqué qu'affecte ce foie, fait observer qu'on ne peut assimiler les sillons qu'on remarque à sa surface à ceux déterminés par la syphilis. En effet, au niveau de ces sillons, la coupe démontre que le péritoine n'est ni épaissi, ni fibreux.

Se fondant sur l'existence anormale d'un mésokyste, M. BRAULT se demande si l'aspect lobulé du foie ne serait pas congénital, et, dans ce cas, indépendant de la cirrhose concomitante.

17. Rapport sur la candidature de M. Malécot au titre de membre-adjoint ; par M. le Dr BARTH.

Parmi les présentations que M. Malécot a faites à la Société anatomique, l'une mérite d'attirer spécialement notre attention: elle a trait à la présence d'un corps étranger enkysté dans le péricarde et parfaitement toléré pendant longtemps.

La malade qui fait le sujet de cette observation était une femme de 62 ans, qui, depuis plusieurs mois, vivait misérablement dans une chambre d'hôtel, se nourrissant mal et faisant des excès alcooliques. Entrée à l'hôpital dans un état de cachexie et de dépression profondes, elle mourait bientôt d'une gangrène de la bouche rapidement étendue à toute une moitié de la face et du cou. Lorsqu'en faisant l'autopsie on pratiqua l'examen du cœur, on trouva celui-ci

adhérent au péricarde en un point très circonscrit de sa face postérieure, près de la pointe, et on fut très étonné de reconnaître à cet endroit l'existence d'un corps dur qui, de prime abord, paraissait être un fragment de lame de couteau.

Entièrement libre dans le reste de sa cavité, le cœur fut détaché avec soin et enlevé avec la portion du feuillet fibreux du péricarde qui lui adhérait. On put constater alors que le corps étranger était une lame de verre triangulaire, mesurant 45 millimètres de longueur et 7 millimètres de largeur. Elle suivait la direction du sillon interventriculaire postérieur et se trouvait emprisonnée entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péricarde, qui avaient contracté autour d'elle de solides adhérences en lui formant ainsi une loge complète. Les parois du cœur gauche étaient hypertrophiées, mais il n'y avait aucune lésion des orifices. L'œsophage était sain, ne présentait aucune cicatrice, et on ne trouvait dans les organes voisins aucune lésion apparente pouvant indiquer le trajet qu'avait ainsi suivi cette lame de verre avant de se loger définitivement dans le péricarde.

Ce fait méritait d'être rapporté. On sait en effet que, si les séreuses présentent une tolérance remarquable pour les corps étrangers formés dans l'organisme et provenant des parties voisines, ils supportent beaucoup plus rarement les corps étrangers venus de l'extérieur. Entre toutes, la séreuse péricardique se montre d'une extrême susceptibilité. M. Weiss, dans sa thèse d'agrégation, est parvenu à réunir 15 observations dans lesquelles des corps étrangers ont été trouvés, soit dans le péricarde, soit à sa surface externe, avec blessure non pénétrante du cœur; 13 fois la mort est survenue rapidement; deux fois seulement il y a eu tolérance très prolongée, encore l'existence d'adhérences anciennes et un léger épanchement témoignaient d'une péricardite antérieure. Dans le cas qui nous occupe, la tolérance a été plus grande encore; malgré les dimensions relativement considérables du corps étranger, les phénomènes inflammatoires se sont localisés à son niveau et la séreuse est restée intacte dans le reste de son étendue.

Séance du 24 novembre 1882.

PRÉSIDENTE DE M. DURET.

18. Ecrasement du genou. — Septicémie aiguë. — Mort. — Stéatose du foie ; par M. PICQUÉ, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé Cogne Alexandre, âgé de 17 ans, charretier, entre le 16 novembre 1882, salle Sainte-Vierge, n° 49, dans le service de M. le professeur GOSSELIN.

Une heure avant son entrée, une roue de voiture lui est passée sur le genou. Le lendemain, à la visite, on trouve le malade dans l'état suivant : il y a une véritable décortication de la rotule ; à son niveau, existe une large plaie contuse toute imprégnée de poussière et de boue. La face antérieure de la rotule est à nu, de chaque côté la capsule est largement déchirée, surtout en dehors. Le doigt pénètre dans la jointure derrière la rotule et rencontre une grande quantité de boue et de sable.

Pas de fracture appréciable du squelette. M. Berger nettoie l'articulation avec soin au moyen de lavages antiseptiques avec la solution forte à 5 pour 0/0. Deux drains sont laissés dans l'articulation. Pas de suture. Immobilisation de la jointure sur une attelle plâtrée postérieure. Pansement de Lister, attelles latérales en zinc par-dessus le pansement. Le membre est ensuite placé dans une gouttière ouatée. Dès le 1^{er} jour, délire, agitation surtout la nuit.

Le samedi matin, 17 novembre, le pansement est un peu défectueux ; on le consolide à nouveau. La nuit, nouveau délire ; le malade veut se promener dans la salle, vomissements ; température peu élevée, 38°, 5.

18 novembre au matin (dimanche). La langue est sèche, il y a une teinte subictérique de la face, tremblement des lèvres, contraction des muscles de la face ; le malade ne reconnaît plus personne et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Le lit exhale une odeur gangréneuse ; dans le lit, au niveau de la racine du membre, large tache grisâtre produite par les liquides du genou qui fusent le long du pansement. La plaie est devenue gris noirâtre ; sérosité trouble, louche, mal liée, sale, c'est un ichor, grisâtre trouble et fétide. Sur le côté externe du genou, plaque noire, nettement limitée par un sillon, grande comme la main ; à son niveau, il y a de l'emphysème et du clapotement gazeux ; cette plaque s'étend sur toute la région po-

plitée. Au-dessus existe une autre plaque plus étendue, légèrement saillante, d'une coloration bronzée, irrégulière dans son contour, frangée, festonnée, mais nettement limitée. Le membre est un peu froid, sa coloration est livide. En résumé, avec la suppuration fétide existe une gangrène extensive. Dans la journée du dimanche, la gangrène ne s'est pas étendue.

19 novembre. En raison de l'amélioration de l'état général, du peu d'extension de la gangrène, de l'âge et de la force du sujet, M. Berger se décide à pratiquer l'amputation au tiers moyen de la cuisse. La réunion n'est pas faite : le moignon largement ouvert est soumis à la pulvérisation continue. Les forces du malade déclinent dans le courant de la journée, la température s'abaisse progressivement à 35°, et la mort survient le lendemain matin, à 5 heures.

AUTOPSIE, pratiquée 36 heures après la mort. — Elle montre les particularités suivantes : Le cadavre n'est pas décomposé. Congestion des deux poumons à leur base, épanchement séro-sanguinolent assez abondant dans le péricarde et les plèvres. Vascularisation assez intense de l'estomac et de l'intestin. Le sang dans les gros vaisseaux du médiastin est comme poisseux. Pas de gaz appréciables. Les reins présentent une congestion intense, surtout au niveau des couches corticales. Le foie présente une dégénérescence graisseuse portant sur la totalité du tissu hépatique.

Au niveau du moignon, pas de trace de gangrène dans le creux poplité, le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique ; les muscles sont gangrenés et le doigt arrive facilement sur le ligament postérieur de l'articulation du genou. Les vaisseaux et nerfs sont intacts. Une fusée purulente part de ce foyer de gangrène et s'étend à la jambe, jusqu'à la partie moyenne environ, entre les jumeaux et les muscles profonds. Le squelette du genou est intact ; seule la face externe du condyle interne du fémur est rugueuse, noirâtre, dépouillée de son périoste. La face superficielle de la rotule est dénudée. De chaque côté, on constate, surtout en dehors, une large déchirure de la capsule fibreuse, les bords sont déchirés, contus.

Dans la jointure, on constate l'absence complète de liquide ; petits cailloux incrustés dans les cartilages diarthroïdiaux. Les ligaments croisés sont ramollis, amincis, noirâtres, comme sphacelés. La synoviale est intacte, sauf au niveau du ligament adipeux, où elle est légèrement vascularisée.

Examen histologique du foie, pratiqué par M. Georges.

Dubar. Le foie, conservé dans le liquide de Müller, a été durci par la gomme et l'alcool. Les coupes sont colorées par le picro-carminate neutre d'ammoniaque et conservées dans la glycérine. Les lobules (grossissement 20 d.) de ce foie sont séparés les uns des autres par des espaces-portes normaux; il n'existe pas la moindre trace de cirrhose. Une coupe, à laquelle on a fait subir l'action des vapeurs d'acide osmique, vue au même grossissement, montre, dans toute son étendue, les lobules hépatiques colorés en jaune très sombre, surtout à leur périphérie le long des espaces-portes. A cette périphérie on voit même des gouttelettes, colorées fortement en noir, se détacher du foie.

Ces cellules hépatiques (grossissement 400 d.) à quelque partie de la coupe qu'elles appartiennent, qu'on les étudie à la périphérie ou au centre du lobule, sont surchargées de granulations graisseuses. Elle occupent la cellule toute entière, dont elles ont fait disparaître le noyau; outre ces granulations, on trouve encore des gouttelettes graisseuses, qui sont d'autant plus volumineuses qu'on va du centre à la périphérie.

RÉFLEXIONS. — Il ressort du tableau clinique qu'offrait le malade, que l'on a eu affaire à un cas de septicémie aiguë, caractérisée localement par une gangrène à marche extensive, et, au point de vue général, par un état typhoïde nettement caractérisé par la sécheresse de la langue, la perte de connaissance; le tremblement des lèvres, etc. Ce n'est pas une gangrène foudroyante, car le développement n'a pas été instantané; ce n'est pas non plus un cas d'œdème purulent aigu de Pirogoff, qui débute par un phlegmon diffus à tendance gangréneuse, et qui forme le premier échelon de cette série d'accidents septiques dont la variété de Maisonneuve constitue le degré le plus élevé.

C'est plutôt cette forme intermédiaire décrite par Velpeau sous le nom d'érysipèle bronzé, et caractérisée essentiellement par un érysipèle procédant par plaques successives qui tendent à devenir rapidement gangréneuses.

En présence d'une semblable lésion qu'y avait-il à faire? Et d'abord une question préjudicielle se pose naturellement à l'esprit. L'amputation primitive aurait-elle pu sauver le malade? Certes, autrefois on aurait amputé, mais aujourd'hui la chirurgie est engagée dans une voie nouvelle; les pansements antiseptiques l'ont rendue à juste

raison conservatrice, et les plaies articulaires ne sont plus des lésions qui entraînent le sacrifice d'un membre. Le chirurgien, pour intervenir, doit s'inspirer d'autres conditions. Il est vrai que, dans notre cas, la suppuration était précoce; de là quelques inquiétudes, car, s'il est possible d'empêcher la suppuration, il devient difficile de désinfecter une cavité anfractueuse quand elle existe déjà. Il y avait aussi les corps étrangers qu'on ne pouvait répondre, même avec les soins les plus minutieux, d'enlever en totalité; mais enfin, cette lésion était de celles qui peuvent guérir, certes non sans avoir traversé des péripéties diverses, voire même l'ankylose, mais, en résumé, avec la conservation du membre.

La septicémie traumatique locale est un accident contingent sur lequel on ne saurait établir une ligne de conduite, car, ne sait-on pas qu'il n'existe aucune corrélation entre le trauma primitif et les chances de gangrène. Ne l'a-t-on pas vu éclater dans le cas de Verneuil après la réduction d'une simple luxation de l'épaule. On rendrait en conséquence trop favorable la statistique de l'amputation primitive, en sacrifiant des membres susceptibles de guérir par l'expectation.

Une fois la gangrène produite, la thérapeutique devenait incertaine. Fallait-il amputer? On se trouvait évidemment dans les plus mauvaises conditions, c'est-à-dire en pleine fièvre traumatique; mais, en raison de l'amélioration dans l'état général, de la force du sujet, de son âge et du peu d'extension de la gangrène, il était indiqué d'intervenir; mais l'échec ne saurait être mis au passif de l'amputation secondaire, puisqu'on ne se trouvait pas dans les conditions qu'elle réclame.

Les règles particulières à ce genre d'opération furent scrupuleusement observées. Section le plus haut possible, compression directe à la racine du membre sans bande d'Esmarck, et, pour le pansement, plaie largement ouverte sans réunion.

Le point le plus intéressant de cette autopsie est relatif à la pathogénie. Dans son mémoire (*Revue mensuelle*, 1878) M. le professeur Verneuil cite deux cas de gangrène foudroyante chez des sujets atteints l'un de diabète et d'alcoolisme, l'autre de dégénérescence rénale, et insiste sur

la relation qui semble exister entre cette complication des plaies et la présence d'une affection viscérale. Sommes-nous en présence d'un cas de ce genre ? En se reportant à la note de M. Dubar, on voit bien qu'on a eu affaire à une vraie stéatose et non à une simple infiltration. Mais, cette stéatose n'est-elle pas une lésion de la septicémie ?

Or, la septicémie était de date bien récente, quoiqu'il existe cependant des cas dans la science de stéatose septicémique rapide du foie. Mais, même dans ces cas, la stéatose reste plus superficielle et n'atteint que rarement toute l'épaisseur du parenchyme et s'accompagne d'autres lésions plus accentuées d'ordre septicémique. Enfin, notre sujet, quoique très jeune 17 ans, était manifestement alcoolique. Nous croyons donc devoir attribuer à l'alcoolisme cette stéatose du foie.

L'observation actuelle, en montrant dès lors la coïncidence de cette lésion locale avec une affection chronique du foie, donne un nouvel appui aux déductions tirées par M. Verneuil de l'étude de ses deux cas, et semble confirmer cette influence des lésions viscérales dans la pathogénie des lésions gangréneuses d'origine traumatique.

M. DURET pense qu'il s'est agi dans ce cas de phénomènes de septicémie aiguë, de laquelle dépendaient les lésions viscérales.

M. CHAUFFARD observe que la stéatose du foie se montre rapidement dans certaines affections fébriles, la variole en particulier.

19. Squirrhe lardacé du sein. — Opération. — Pleurésie purulente. — Mort au 2^e jour ; par M. le D^r PICQRE, chef de clinique chirurgicale.

La nommée Stolt Thérèse, âgée de 50 ans, lingère, entre le 9 novembre 1882 dans le service de M. le professeur GOSSELIN, salle Sainte-Catherine, n° 6.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, la malade s'est aperçue de la présence d'une petite tumeur au niveau du sein droit, tumeur qui est restée toujours indolente et n'a jamais augmenté. Rien à noter de particulier sous le rapport des antécédents ; la malade est une alcoolique invétérée, mais son état général est bon.

Au premier examen, on constate, sur la face externe du sein droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, sans bosselure, bien limitée, légèrement adhérente à la peau qui prend l'aspect « peau d'orange » quand on vient à la plisser. Grande mobilité sur les parties sous-jacentes. Pas d'écoulement par le mamelon. En dedans de lui, petite plaque cutanée indolente, peu indurée et remontant à cinq ans, peut-être due à de l'eczéma ou à une infiltration cancéreuse limitée.

Sur le trajet qui sépare la tumeur principale du creux de l'aisselle, on constate la présence de traînées indurées, dues probablement à de l'angioleucite cancéreuse. Pas de ganglions axillaires appréciables. Le diagnostic porté est celui-ci : squirrhe lardacé limité du sein avec angioleucite cancéreuse sans ganglions appréciables.

La malade fut opérée le mercredi 15. Grande agitation sous le chloroforme. Une petite incision, longue de trois à quatre centimètres, part de la plaie et remonte vers l'aisselle pour faciliter l'exploration des ganglions. Réunion immédiate. Pansement de Lister. Le soir même, le thermomètre est à 40°. Le jeudi 16, même température. Vendredi 17, premier pansement ; pas d'accumulation de pus, pas de rougeur. T. est à 40°,5. Langue sèche. Mauvais état général ; tendance à l'adynamie. Point de côté ; l'auscultation révèle de l'égophonie et un bruit de souffle étendus à toute la base du poumon droit. Matité à la percussion. Potion de Food. Mort le 19, à 5 heures du matin.

AUTOPSIE, pratiquée 30 heures après la mort. — La réunion est complète, sauf en un point ; mais, sous le grand pectoral, on découvre une suppuration abondante fusant vers la clavicule et ayant envahi les divers plans cellulaires, sans qu'il soit possible d'en limiter exactement l'étendue et les limites.

A l'ouverture du thorax, il s'écoule deux à trois litres d'un liquide séro-purulent non fétide. La plèvre pariétale est très vascularisée au niveau de la fusée extra-thoracique, c'est-à-dire du tiers supérieur. Le foie ne présente aucune lésion appréciable, si ce n'est un peu de friabilité. Le cœur est sain, sauf quelques rugosités au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire gauche. Pas d'athérome artériel. Les reins présentent un état avancé de dégénérescence graisseuse.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue de la lésion locale, j'avais

d'abord pensé à une pleurésie développée sous l'influence de la suppuration extra-thoracique de voisinage; mais M. Berger a admis avec plus de raison la coexistence de deux lésions indépendantes, mais simultanées. La pleurésie serait pour notre excellent maître un accident à frigore dû au refroidissement de la malade dans un amphithéâtre insuffisamment chauffé, malgré les recommandations les plus pressantes.

Tout en acceptant cette interprétation fort judicieuse, je ne puis m'empêcher de m'étonner de voir une pleurésie purulente dès le troisième jour. Sans vouloir trancher une question sur laquelle la compétence me fait défaut, je désire signaler aux médecins cette coexistence d'une lésion rénale ancienne. Je ne saurais rien dire de la fièvre traumatique, qui s'est confondue probablement avec la fièvre de la pleurésie; car, grâce aux pansements antiseptiques, elle reste ordinairement très limitée chez nos opérées du sein. Reste une dernière question qui intéresse plus spécialement les chirurgiens. Pourquoi cette suppuration profonde? On ne peut accuser le *modus faciendi* de la réunion immédiate; nos résultats sont trop excellents dans un hôpital dont les malades sont malheureusement voués à la suppuration. D'autre part, on connaît la fréquence de la suppuration des plaies chez les malades atteints de lésions rénales anciennes.

Je ne voudrais pas encore trancher cette question d'une façon absolue; car, enfin, la pleurésie a bien pu entrer pour une part dans la production de cette fièvre purulente, mais, en raison même de bons résultats obtenus d'ordinaire, je ne puis m'empêcher d'attacher une certaine importance à la présence de cette lésion ancienne des reins.

M. DURET fait remarquer que l'existence d'une fosse purulente dans les parois du thorax est très en rapport avec une propagation directe de l'inflammation des parois thoraciques à la plèvre.

20. Luxation bilatérale antérieure de la cinquième vertèbre cervicale; par M. le Dr Paul COUDRAY, interne des hôpitaux.

Ch.... Pierre, 55 ans, charretier, est amené le 13 novembre 1882 dans la journée, à l'hôpital Necker, service de M. le

le professeur TRÉLAT. Cet homme était tombé de sa voiture, probablement sur la tête, mais comme il était au moment de l'accident dans un état de parfaite ébriété, il ne sait dire au juste ce qui lui est arrivé. Quoiqu'il en soit, deux ou trois heures après la chute, l'interné de garde, A. Broca, constate une paraplégie complète et une anesthésie qui remonte sur le tronc jusqu'au niveau de la ceinture diaphragmatique; aucune gêne de la respiration.

Le lendemain, 14 novembre, au moment de la visite, le blessé se plaint d'une douleur à la nuque, le cou est roide, la tête légèrement inclinée en avant, mais non déviée latéralement. La nuque est le siège d'un gonflement assez considérable au milieu duquel on croit sentir la saillie exagérée d'une apophyse épineuse, la cinquième ou la sixième; le doigt introduit dans le pharynx ne donne aucun renseignement.

Comme la veille, nous constatons la paraplégie complète; le malade n'a pas été à la selle, il faut le sonder; de plus les membres supérieurs commencent à se mouvoir difficilement. En raison de l'incertitude des lésions et surtout du danger immédiat d'une tentative de redressement, M. le professeur Trélat se contente de coucher le malade horizontalement, la tête basse.

A la visite du soir, nous constatons l'extension de la paralysie; les membres supérieurs sont incapables de tout mouvement, la sensibilité persiste; la zone d'anesthésie a envahi la partie inférieure du thorax et se trouve limitée en haut assez exactement par la ligne bimamelonnaire. Enfin, la respiration présente un type spécial; elle est lente, bien que non douloureuse; l'inspiration est courte, l'expiration comme spasmodique; il est manifeste que le diaphragme commence à être intéressé dans sa motilité. La respiration devient de plus en plus rare; bref, le malade meurt le lendemain, à 6 heures du matin, soit 30 à 40 heures après son accident.

AUTOPSIE, pratiquée deux jours après la mort. — Elle nous a révélé ce qui suit: Les muscles de la région cervico-dorsale sont infiltrés de sang; la paroi postérieure de l'œsophage présente une teinte rougeâtre ecchymotique. Toute la partie inférieure de la colonne vertébrale étant séparée du corps, on voit de suite qu'il s'agit d'une luxation de la 5^e vertèbre cervicale sur la sixième.

Le corps de la cinquième, accompagné dans sa partie antérieure d'une portion du disque inter-vertébral qu'il a fracturé dans son déplacement, fait sur la sixième une sail-

lie de 3 à 4 millimètres; le rebord antérieur de la face supérieure de la 6^e vertèbre a été écorné. A la partie postérieure, les apophyses épineuses de la 5^e et de la 6^e cervicales sont écartées de 3 à 4 centimètres, les ligaments épineux et les ligaments jaunes sont rompus. Les apophyses articulaires, saillantes, sont séparées par un intervalle de 7 à 8 millimètres du côté gauche; à droite, l'apophyse articulaire de la 5^e est fracturée et encore adhérente à la capsule fibreuse.

Entre la dure-mère et le canal rachidien, on trouve à la partie antérieure un caillot sanguin étendu en nappe depuis l'axis jusqu'à la vertèbre luxée; il occupe donc toute la partie supérieure de la région médullaire. L'épaisseur de cette nappe est d'environ 1 millimètre; elle s'arrête nettement au niveau du bord supérieur du corps de l'axis.

Dans la région dorsale et dans la région lombaire, liquide séro-sanguinolent entre le canal rachidien et la dure-mère. Au niveau de la luxation, la déviation de la moelle est peu marquée; on ne voit aucune trace de traumatisme sur les autres enveloppes ni sur la moelle; néanmoins, on remarque dans son épaisseur un petit foyer sanguin de la grosseur d'un pois, et une friabilité plus marquée que sur les parties voisines.

RÉFLEXIONS. — La compression de la moelle par les parties luxées nous paraît insuffisante pour avoir déterminé la mort rapide du malade. Aussi bien le niveau même de la luxation n'est point en rapport avec l'apparition de la paralysie du diaphragme. Au contraire, l'épanchement sanguin se produisant au moment de l'accident, se continuant après et arrivant au bout d'un certain temps à former une couche constrictive à la partie supérieure de la moelle, nous donne une explication tout à fait satisfaisante des faits observés pendant la vie du malade.

Cette observation et cette pièce confirment l'opinion de M. Houel (Thèse de 1848), à savoir que, dans les luxations de cet ordre, la compression médullaire n'est pas toujours produite par la saillie de la vertèbre luxée, et que l'hémorrhagie, particulièrement celle qui se produit entre la dure-mère et les os, peut devenir l'agent de cette compression.

M. SCHWARTZ fait remarquer qu'il est difficile d'établir une relation entre les désordres produits sur la colonne vertébrale et les lésions subies par la moelle. Il rapporte, à

ce propos, l'histoire d'un malade observé à Saint-Louis. Après une chute sur la tête, il s'était produit à la paroi postérieure du pharynx une saillie dure, osseuse, de deux centimètres environ. Les seuls symptômes observés avaient été des fourmillements dans les membres et de la raideur des muscles de la nuque. Au bout de deux mois, cette raideur cédait sous l'influence d'injections de sulfate d'atropine, et il ne persistait aucun phénomène morbide malgré l'amplitude du déplacement vertébral.

21. Fièvre typhoïde. — Mort subite. — Lésion ancienne du cœur ; par M. RICHARDIÈRE, interne des hôpitaux.

I. — D..., âgé de 30 ans, plombier, entré le 10 septembre, salle Saint-Thomas, n° 12. Hôtel-Dieu. Service de M. EMPIS remplacé par M. TROISIER.

D... est entré à l'hôpital dans un coma complet. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur lui nous ont appris qu'il était malade depuis une huitaine de jours. Sa maladie avait commencé par des vomissements et du mal de tête.

Le 10 septembre, il était dans le coma, avec un marbrement continu, les pupilles égales et un peu dilatées. Il existait de la flaccidité des deux membres inférieurs. Le ventre était très rétracté. Le réflexe tendineux du genou aboli.

AUTOPSIE. — Nous avons trouvé une méningite tuberculeuse de la base, avec quelques granulations sur la convexité des hémisphères. Les poumons présentaient quelques nodules tuberculeux, et enfin la colonne dorsale était atteinte d'ostéite tuberculeuse au troisième degré, sans affaissement des corps vertébraux. Le malade présentait donc une ostéite tuberculeuse ancienne et une méningite tuberculeuse récente. C'est un fait de plus à ajouter à tous ceux qui montrent que, dans bien des cas où on assiste à une poussée granuleuse aiguë, il existait déjà en quelque point du corps un foyer tuberculeux ancien.

II. — N... employé, âgé de 33 ans, entré le 2 octobre 1882, salle Saint-Thomas, n° 18, Hôtel-Dieu. Service de M. EMPIS.

Le malade est entré à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées. La fièvre suivait son cours régulier, quand, le 11 octobre, N... succomba subitement pendant une syncope.

AUTOPSIE. — Avec les lésions classiques des plaques de Peyer, nous avons trouvé le cœur hypertrophié, présentant sur la valvule mitrale des traces d'une endocardite ancienne. Il existait une insuffisance de la valvule avec rétraction fibreuse des tendons et des piliers valvulaires. Le malade avait eu, quatre ans auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a lieu de se demander si la syncope n'a pas été déterminée par cette lésion rhumatismale ancienne. Dans cette hypothèse, la fièvre typhoïde frappant un cœur déjà malade l'aurait trouvé hors d'état de résister à un nouveau processus morbide et n'aurait été que la cause occasionnelle de cette syncope mortelle.

22. M. DAMALIX fait voir le *cerveau* d'un homme atteint de tumeur blanche, qui a présenté de l'hémiplégie, de l'aphasie et des convulsions. Il existe un abcès des circonvolutions frontales ascendantes à gauche.

23. M. DAMALIX montre également une *tumeur pédiculée de la prostate*, faisant saillie dans la vessie, pour laquelle on avait entrepris l'opération de la taille. Les reins sont atteints de pyélo-néphrite suppurée.

24. Rapport sur la candidature de M. Picqué ; par M. Ad. JALAGUIER, prosecteur de la Faculté.

La première pièce présentée par M. Picqué est le cerveau d'un homme qui a succombé aux suites d'un grave traumatisme du crâne.

Il était entré à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Gosselin, avec une plaie de 3 centimètres environ de la région pariétale droite. Il y avait en même temps une perte absolue du sentiment, hémiplégie complète du côté gauche avec stertor et une déviation conjuguée des deux yeux, mais peu accentuée. Une couronne de trépan fut appliquée, mais ne révéla qu'un vaste épanchement sanguin au niveau duquel on voyait se produire des mouvements d'expansion de la masse cérébrale. Le malade succomba le lendemain matin.

L'autopsie, pratiquée par M. Picqué, démontra la présence d'un épanchement abondant extra-duremérien, se prolongeant jusqu'à la lésion qui avait décollé la dure-mère de la fosse sphénoïdale du même côté ; cet épanchement reconnaissait pour cause une déchirure complète de la carotide interne à sa sortie du canal carotidien. Cette déchirure

avait été produite par l'apophyse clinioïde antérieure fracturée et dont un fragment avait pénétré l'artère. Cette lésion se liait du reste à une fracture par irradiation, partie du point lésé, et qui avait suivi la fosse sphénoïdale pour arriver jusqu'à la partie médiane et postérieure de l'étage antérieur. Cette déchirure de la carotide est un fait rare quand il ne produit pas l'anévrysme de Nélaton, puisque Marchant, dans son importante thèse, n'en a relevé que deux cas.

Les particularités intéressantes que vous avez pu constater sont les suivantes : 1° foyer de contusion à gauche, c'est-à-dire au côté opposé à la lésion, foyer communiquant avec le ventricule, ce qui semble en faveur du mécanisme invoqué par M. Duret ; 2° l'aplatissement considérable du lobe moyen au côté de la lésion ; 3° l'épanchement extradurémérien de la base.

La deuxième pièce est un cancer colloïde de l'S iliaque. Cette pièce montrait la possibilité qu'avait le doigt de franchir le rétrécissement, elle prouvait aussi que, quelquefois, la coarctation n'a pas besoin d'être complète pour produire les phénomènes de l'occlusion intestinale. On pourrait, il est vrai, admettre une congestion de la masse néoplasique ayant disparu au moment de la mort ; ou bien encore une inflexion de l'anse donnant lieu à un effacement du calibre au-dessous de la lésion.

Cette pièce vous montre encore que, dans certains cas, une intervention par la laparotomie pourrait être justifiée et suivie de succès.

La troisième pièce est un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Cette pièce n'est intéressante que par la communication de la portion d'œsophage située immédiatement au-dessus de la lésion, avec une caverne pulmonaire contenant du pus et des matières alimentaires. C'est une observation à mettre à côté de celles déjà publiées ; il est regrettable que l'examen histologique de la paroi n'ait pas été fait, car il eût été intéressant de savoir quelle avait été la marche du processus et si la paroi, comme il arrive quelquefois, était infiltrée d'éléments épithéliaux.

25. Rapport sur la candidature de M. Capitan au titre de membre-adjoint ; par M. le D^r LANDOUZY.

Parmi les communications faites à la Société anatomique par M. Capitan, nous en signalerons surtout deux.

La première a trait à un cas d'infection purulente, avec abcès métastatiques localisés exclusivement dans les articu-

lations. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, ayant quelques antécédents rhumatismaux et qui subit l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Au bout de 3 jours, l'état général devenait grave, et 2 jours plus tard le malade présentait un abcès métastatique dans le poignet gauche; 2 jours encore après, le poignet droit se prenait à son tour; enfin, 12 jours plus tard apparaissait, disjoignant les pièces moyennes et inférieures du sternum, un nouvel abcès métastatique du volume d'un petit œuf. Après avoir ainsi traîné pendant 8 jours encore avec de la fièvre et quelques frissons, le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva les poignets, les coudes et les épaules, ainsi que la hanche gauche, pleins de pus. Dans aucun viscère on ne put trouver trace d'un seul abcès métastatique. C'est là, en somme, un fait intéressant à un double point de vue; la lésion du sternum d'abord est rare et on n'en a pas, jusqu'alors, signalé beaucoup d'exemples: elle présente une certaine analogie avec le cas signalé par Marchant (*Bull. soc. anat.* Mai 1875). Quant à cette localisation, exclusivement articulaire, des abcès métastatiques, c'est là également un fait bien rare et qu'il y aurait peut-être lieu d'attribuer à l'influence d'un rhumatisme articulaire dont le malade souffrait d'une façon intermittente depuis assez longtemps, rhumatisme qui aurait ainsi créé un terrain tout prêt pour l'évolution du processus pyogénique.

La seconde observation se rapporte à un cas de kyste hydatique du poumon. Il s'agissait d'un homme assez âgé qui, depuis un temps qu'il ne pouvait déterminer, souffrait d'une dyspnée variable dans son intensité, d'une toux qui s'était beaucoup aggravée depuis quelques semaines, et qui expectorait des crachats muco-purulents ordinairement d'une couleur groseille, parfois presque complètement sanguinolents. L'état général était mauvais, presque cachectique. Entré à deux reprises à l'hôpital, il en était sorti une première fois notablement amélioré; les symptômes morbides s'étaient amendés d'une façon marquée. Au moment de sa seconde entrée, deux mois environ après la première, outre les signes fonctionnels signalés, on constatait d'abord la non-existence d'une voussure marquée, tandis que la percussion délimitait, dans la région sous-claviculaire droite, une zone absolue de matité descendant jusqu'au mamelon et se confondant en ce point avec la matité hépatique, sur une largeur à peu près égale à celle de la main. En arrière, la matité n'existait pas; la percussion du poumon gauche était normale. L'auscultation

tion était négative dans cette partie supérieure du poumon; sur toute la surface limitée par la matité, on n'entendait aucun bruit, le silence respiratoire était absolu. Au pourtour de cette zone, la respiration était rude, légèrement soufflante, et, çà et là, tout comme dans le poumon gauche, on entendait quelques râles muqueux et sous-crépitaux. L'état général était assez mauvais, l'amaigrissement progressif; les forces diminuaient rapidement. Le diagnostic était fort hésitant. Tour à tour, on émit les hypothèses de pneumonie chronique, de pleurésie enkystée, de cancer du poumon, enfin de kyste hydatique. Quelque temps après, le malade, au milieu d'une crise de dyspnée, expulsait un plein crachoir de liquide assez clair, mélangé d'un peu de pus et de sang. L'examen histologique n'y put faire découvrir ni fragments de membrane, ni crochets d'échinocoques. L'hésitation continuait donc à être grande quand le malade, quelques jours plus tard, fut pris d'une syncope au milieu d'une crise de dyspnée et mourut en quelques instants. A l'autopsie, toute la partie antérieure du poumon droit était occupée par un vaste kyste séparé de la plèvre et du reste du poumon par une lame de parenchyme pulmonaire de 1 cent. 1/2 d'épaisseur environ, absolument fibreux; au pourtour, le poumon était fortement congestionné. Cette poche adventice renfermait une énorme hydatide unique et en partie vide; on n'y put trouver la moindre trace de crochets, la membrane était absolument lisse. La cavité du kyste communiquait avec de petites divisions bronchiques dilatées. Dans le lobe inférieur du poumon gauche, il existait un kyste du volume d'une petite pomme, en tout semblable à l'autre, sauf qu'il ne communiquait pas avec les bronches. Dans aucun autre organe, on ne trouva trace de kyste. Ce fait est à ajouter aux cas de kystes hydatiques du poumon déjà signalés. Ce n'est pas que cette maladie soit d'une fréquence extrême; Davaine n'a pu en recueillir que 40 cas et Hearn, qui a publié sur ce sujet une thèse très complète, où il cite tous les faits de ce genre connus, n'a pu en trouver que 144 cas; les Bulletins de la Société anatomique n'en renferment qu'une vingtaine d'exemples. Au reste, comme la maladie hydatique en général, ils sont bien peu fréquents en France et surtout à Paris. Extrêmement rares en Amérique, ils le sont moins en Angleterre et surtout en Allemagne; mais il n'est pas de pays où on rencontre les kystes hydatiques aussi fréquemment qu'en Islande et en Australie. On connaît les chiffres que plusieurs médecins ont donné de leur fréquence dans le premier de ces pays. Pour Eschricht, le sixième de la popu-

lation est atteint de cette maladie ; d'après M. Guerault, qui s'appuie sur des statistiques officielles, cette proportion serait d'un cinquième. Quant à la localisation du kyste dans le poumon, elle est loin d'être très commune, puisque Finsen ne la signale que sept fois sur 255 cas de kystes hydatiques qu'il a eu à soigner.

En Australie, la maladie kystique n'est pas moins fréquente : à Victoria, dans l'espace de onze ans (1864 à 1872), deux cents personnes sont mortes de cette affection. Dougan Bird, Walshe, Thomas, etc., en ont signalé un grand nombre de cas.

Ce dernier auteur signale cette cause de mort 2 fois 1/2 sur 1000 cas de mort. De 1867 à 1877 il en a observé 307 cas ; 183 fois le foie était atteint, et, dans 71 cas, le poumon renfermait des kystes. On conçoit donc que la symptomatologie de cette affection ait été faite surtout par les médecins islandais et australiens. Ils insistent beaucoup sur l'existence d'un certain nombre de signes dont l'ensemble est absolument pathognomonique : l'oppression, fort variable, survient par crises, les signes généraux qui peuvent parfois simuler la phthisie et produire même la déformation hippocratique des doigts, puis la voussure variable elle aussi, et surtout la matité absolue bien circonscrite et l'absence presque constante de tout bruit respiratoire en ce point, enfin les crachats couleur groseille, ou bien encore les hémoptysies répétées et peu abondantes. Il va de soi que lorsque le microscope peut déceler des crochets dans les crachats, le diagnostic s'impose. Il est un point aussi, sur lequel Walshe a particulièrement insisté, c'est la présence presque constante de lésions pulmonaires autour du kyste (pneumonie fibreuse et congestion pulmonaire), dont les caractères propres se surajoutent aux signes fournis par le kyste lui-même.

En somme, quelles que soient les difficultés que peut en pareille occurrence présenter l'établissement d'un diagnostic, on possède actuellement des données qui permettraient plus souvent de reconnaître la maladie, si l'on avait plus souvent souci de la possibilité de kyste hydatique thoracique, affection qui, pour être peu commune en France, n'est pourtant pas aussi exceptionnelle qu'on le pense communément.

26. Rapport sur la candidature de M. Derignac au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. F. BRUN.

Parmi les communications fort intéressantes qu'a faites

M. Derignac à la Société anatomique, il en est plusieurs qui doivent attirer particulièrement l'attention.

Une première, communiquée à la Société dans sa séance du 12 mars 1881, a trait à une femme âgée de 40 ans, syphilitique, chez laquelle on trouvait en outre un carcinome du sein, et qui deux mois avant son entrée à l'hôpital fut subitement frappée d'une hémiplegie à droite avec perte de connaissance qui dura plusieurs heures. A l'entrée de cette femme à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le D^r Moutard-Martin, le 13 janvier 1881, l'hémiplegie occupait les membres, respectant la face, la sensibilité était intacte sur tout le corps, aussi bien du côté paralysé que du côté sain. A quelque temps de là, des convulsions apparurent dans le bras, puis dans la jambe du côté paralysé, et bientôt de la contracture. Quelques jours après l'apparition de la roideur, la malade fut prise d'apoplexie légère de laquelle elle sortit, avec addition aux symptômes précédents de paralysie faciale à droite et de troubles de la sensibilité. Sur tout le côté droit du corps, la piqure, le pincement, l'impression de corps chauds, froids, le chatouillement, ne réveillaient aucune sensation; en revanche les sens spéciaux, odorat, goût, vue, ouïe, étaient absolument intacts, la malade percevait nettement la gamme des couleurs, elle entendait à une assez grande distance le bruit d'une montre, le goût n'était point modifié, et les odeurs étaient aussi nettement perçues du côté droit que du côté gauche.

Ces troubles de la sensibilité générale avec intégrité des sens spéciaux devaient être rapportés, comme l'a démontré l'autopsie, à une lésion intéressant la partie postéro-interne du noyau lenticulaire et le faisceau sensitif en ce point.

C'est là le point sur lequel M. Derignac attire l'attention; il montre que le cas dont il rapporte l'histoire plaide en faveur de certaines localisations, telles que les admet M. Ballet dans sa thèse. Pour cet auteur, en effet, le faisceau sensitif, lorsqu'on le prend au niveau du noyau lenticulaire, pour le point qui nous occupe, se compose de deux ordres de fibres, les unes situées à sa partie postéro-interne, destinée aux sens spéciaux, les autres situées à sa partie antéro-externe, renfermant les fibres de la sensibilité générale; il montre qu'une lésion assez limitée pour intéresser l'un ou l'autre de ces faisceaux secondaires s'accompagnera de troubles seuls de la sensibilité spéciale si elle intéresse exactement et uniquement le faisceau postéro-interne, s'accompagnera au contraire de troubles de la sensibilité générale seulement, si elle se trouve exactement circonscrite au faisceau antéro-externe.

L'observation de M. Derignac rentre dans ce dernier ordre de faits : elle éclaire, jointe aux cas de M. Ballet, un point très intéressant de la symptomatologie des localisations cérébrales ; nous croyons inutile d'insister.

Dans une autre observation fort intéressante, recueillie dans le service de M. Landouzy, suppléant à la Charité, pendant les vacances, M. le professeur Hardy, observation communiquée le 17 novembre 1882, M. Derignac montre, avec examen histologique à l'appui, l'existence d'un kyste hydatique pulmonaire. Ce kyste, dans le cours de son évolution, s'était manifesté, entre autres symptômes, par des *hémoptysies* qui, avec l'affaiblissement des forces, avaient pu faire naître dans quelques esprits l'idée d'une tuberculose pulmonaire que permit d'éliminer la *voussure thoracique*. Développée aux dépens du poumon gauche, l'hydatide avait refoulé la pointe du cœur à droite par un mouvement de torsion de l'organe autour de son axe longitudinal, disposition qui explique les syncopes fréquentes en pareil cas lorsque le contenu du kyste augmente trop rapidement, ou lorsque le liquide est évacué d'une façon trop brusque.

Enfin, M. Derignac a communiqué dans cette même séance, en commun avec M. Josias, un cas fort intéressant de carcinome de l'estomac. La dyspepsie habituelle à cette affection n'avait jamais existé chez ce malade, le présentateur et M. Landouzy, qui avait observé le malade dans son service, croient en avoir trouvé la raison dans ce fait que le néoplasme était exactement circonscrit à la région pylorique, et laissait le reste de la surface stomacale intacte. Avec cette absence de la dyspepsie habituelle, des symptômes insolites contribuaient encore à obscurcir le diagnostic ; l'existence d'hématémèses abondantes, l'existence de douleurs abdominales très vives peu habituelles au carcinome et qu'expliquaient à l'autopsie la présence de ganglions volumineux irritant, comprimant le plexus solaire.

27. ELECTION. — M. GUILLIOT est nommé membre correspondant de la société.

Le Secrétaire,

G. BALLET.

DÉCEMBRE

Séance du 1^{er} décembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

1. Anomalie asymétrique du cerveau ; par M. le Dr Ch. FÉRÉ.

M. Féré montre le cerveau d'une femme qui n'avait présenté aucun désordre intellectuel ou moral important, sauf peut-être un certain degré d'excitation du sens génésique. Elle n'avait subi aucune amputation et n'offrait aucune déformation des membres. L'hémisphère gauche avait une conformation tout à fait normale. L'hémisphère droit, au contraire, montrait des déformations très considérables, notamment une interruption du sillon de Rolando par trois plis de passage. Il est intéressant de remarquer que les cerveaux de criminels ou de malfaiteurs, décrits ou figurés par MM. Benedikt, Hanot, Schwekendiek, etc., ne présentaient pas à beaucoup près de déformations aussi considérables, ni aussi exceptionnelles. S'il peut exister des troubles intellectuels ou moraux très importants, sans vices de conformation notables du cerveau, on peut voir aussi des déformations très considérables qui ne correspondent à aucun trouble observé pendant la vie. Les observations rapportées jusqu'à présent sont insuffisantes pour établir une relation évidente entre les deux ordres de faits. (La description complète de la pièce sera publiée ailleurs (1).

M. DURET insiste sur le peu d'importance que présente l'existence des plis de passage au point de vue physiologique, dans l'état actuel de nos connaissances. Dans un cas semblable, l'absence du sillon de Rolando serait de nature

(1) Ch. Féré. — *Note sur une anomalie asymétrique du cerveau* (*Archives de neurologie*, T. V., p. 59.)

à rendre difficile la reconnaissance des points de repère dans l'opération du trépan.

2. ÉLECTIONS. — MM. Quénu et Josias sont élus membres titulaires de la société; — MM. Jamin, Marie et Chantemesse sont élus membres adjoints.

Séance du 7 décembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

3. Cancer du foie et de l'estomac chez un individu de 27 ans; par M. Henri BCCQUET, interne provisoire.

L..., âgé de 27 ans, garçon de café, entre le 30 octobre 1882, salle annexe 2 de l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr MOIZARD.

Pas d'antécédents connus au point de vue du cancer; ce malade est traité depuis un an en ville pour un ulcère de l'estomac; à son entrée, on constate en effet tous les signes rationnels d'un ulcère de l'estomac : amaigrissement extrême, teinte blanche de la peau, caractéristique de l'ulcère de l'estomac; digestions pénibles avec diarrhée et selles fétides, noirâtres quelquefois; douleur épigastrique violente sans point rachidien correspondant; il n'y a eu qu'une seule hématomèse, pas de signes de dilatation de l'extérieur. Traitement : régime lacté, œufs et viande crus, lavage de l'estomac tous les matins avec le tube de Faucher et la solution de Vichy.

Le 25 novembre, dans l'après-midi, le malade est pris de frissons, sueurs, palpitations de cœur, pouls petit, filiforme, il offre tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Les jours suivants, vomissements, douleurs et ballonnement du ventre, phénomènes de péritonite à la suite desquels le malade succombe le 29 novembre.

Autopsie. le 1^{er} décembre. — A l'ouverture du cadavre, on trouve un peu de péritonite sans épanchement, avec quelques fausses membranes.

Le foie pèse 185 grammes et est volumineux. Sur la face inférieure du lobe gauche, on trouve une tumeur creusée en cupule, à bords un peu saillants, nettement limités, et de coloration blanchâtre; à la coupe, cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule, est formée d'un tissu blanchâtre très résistant ne se laissant pas rayer par l'ongle, et d'apparence fibreuse; au voisinage de la tumeur, on trouve sur la surface du foie un peu de périhépatite.

Sur une coupe partageant le lobe droit à peu près en deux parties égales, on trouve au milieu du parenchyme et plus près de la face inférieure une seconde tumeur, de même aspect et de même volume. Sur la coupe de cette tumeur, on voit une zone circulaire rougeâtre vasicularisée comprenant des stries rougeâtres rayonnant vers la périphérie, en laissant au centre de la tumeur une partie formée de tissu blanc et résistant. Enfin, vers l'extrémité droite du même lobe, on trouve une dernière tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, ramollie presque jusqu'à la diffuence et laissant écouler à la coupe un suc gris rougeâtre. Le reste du parenchyme hépatique est sain.

L'estomac est dilaté généralement. Sur la petite courbure, on trouve une tumeur de même nature que celle du foie. Cette tumeur, d'une forme multilobée, occupe la petite courbure uniquement, sans se prolonger ni sur les faces antérieure ou postérieure, ni sur le cardia, ni sur le pylore. — La muqueuse de l'estomac, sur les faces et la grande courbure, ne présente aucune ulcération. Au niveau de la tumeur, la muqueuse est envahie et détruite par celle-ci en différents points. — A la coupe, la tumeur est formée de deux éléments : 1° D'une trame fibreuse circonscrivant de véritables aréoles; 2° De masses, d'un tissu blanchâtre beaucoup plus mou et friable, remplissant ces aréoles, et présentant la forme et le volume d'une fève au maximum, et laissant écouler à la coupe un suc grisâtre peu abondant. Les ganglions mésentériques voisins sont aussi atteints de dégénérescence carcinomateuse.

Les deux reins sont décolorés, de volume inégal. Le rein droit présente l'apparence du gros rein blanc à sa surface, et à la coupe les altérations de la néphrite parenchymateuse. Rien dans les intestins, rien au rectum, rien à la vessie, rien aux poumons ni au cœur.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cet observation consiste : 1° Dans la présence de tumeurs carcinomateuses d'un volume considérable, dans le foie et dans l'estomac, à un âge relative-

ment fort peu avancé, 27 ans. 2° Dans la discordance entre les symptômes observés pendant la vie, qui ne pouvaient faire admettre d'autre diagnostic que celui d'ulcère de l'estomac, et les lésions constatées à l'autopsie.

Cette observation mérite donc d'être ajoutée aux observations peu nombreuses je crois, que l'on possède de cancer de l'estomac au-dessous de l'âge de trente ans.

4. Hémichorée post-hémiplégique droite. — Hémichorée gauche survenue secondairement simulant la sclérose en plaques, symptomatique de foyers hémorragiques multiples siégeant dans le tiers postérieur des deux capsules internes, chez une athéromateuse; par MM. H. DAVIER et BODINIER, internes des hôpitaux.

Cl. Thomas, âgée de 40 ans, ancienne actrice, est entrée dans le service de M. le D^r FERRAND, à l'hôpital Laënnec, le 8 novembre 1881.

Le début de sa maladie remonte actuellement à 20 mois : elle était alors actrice au théâtre de Bruxelles et se préparait un soir à entrer en scène, lorsque tout à coup, sans perdre connaissance, elle se sentit défaillir. La jambe et le bras droits s'étaient brusquement paralysés. L'hémiplégie était complète, y compris la face. Du même coup, la langue s'embarrasse, et malgré la conservation des mouvements de la langue, la parole était déjà, peu d'heures après l'ictus, devenue presque inintelligible. En même temps que l'hémiplégie se confirmait, l'hémianesthésie paraissait du même côté ; celle-ci fut aussitôt reconnue par le médecin du théâtre qui la fit constater séance tenante à la malade. L'anesthésie et l'algésie portaient sur toute la moitié droite du corps (insensibilité à la douleur, au contact et à la température).

Les troubles de la sensibilité spéciale ne se firent pas attendre. L'oreille droite devint sourde, la vue se troubla. la paupière supérieure, devenue brusquement inerte, retomba sur le globe de l'œil. La malade fut électrisée pendant six semaines. Le résultat obtenu fut d'abord assez satisfaisant, la paralysie motrice disparut peu à peu, la paupière put se relever et déjà la malade marchait un peu en trainant encore la jambe, lorsque six mois après son premier ictus apoplectique, Cl. vit sa jambe et son bras droits, encore faibles, devenir le siège de mouvements anormaux. Ces mouvements désordonnés, irréguliers, à grande oscillation, à peu près nuls lorsque la malade est

au repos (impatience choréiforme des doigts au repos), envahirent successivement le bras puis la jambe droite, enfin la langue et les muscles de la face à l'occasion des mouvements intentionnels. L'expression des traits du visage se perdit, la langue s'embarrassa.

L'hémianesthésie persistait toujours (diminution de la sensibilité gustative, de l'acuité visuelle et de l'audition à droite) les couleurs n'étaient plus perçues.

La malade resta dans cet état jusques au mois de novembre 1881; le jour de son entrée, nous constatons une hémiplegie sans contracture. La main droite marque au dynamomètre 5 kil.; tandis que la main gauche en marque 10. Pas d'atrophie musculaire. Conservation de la contractilité électrique; les réflexes tendineux sont exagérés à droite, diminués à gauche. A ces troubles des mouvements viennent s'ajouter d'autres troubles paralytiques dissociés, dont les uns peuvent être rattachés à l'hémichorée (nystagmus plus prononcé à droite) et dont les autres sont franchement paralytiques (strabisme interne à l'œil gauche). La diplopie s'exagère chaque fois que les objets sont portés à gauche, la tête restant fixée. L'image de l'œil droit est déjetée à droite, inclinée en bas et en dehors (paralyisie du moteur oculaire commun). Pas d'inégalité pupillaire; le cœur est sain. Pas d'athérome de l'artère radiale. Le rectum et la vessie fonctionnent régulièrement: tendance à la constipation. En présence de ce complexus symptomatique survenu consécutivement à l'hémichorée déjà décrite (strabisme interne, diplopie, nystagmus, embarras de la parole, émotivité caractéristique sans perte de la mémoire ni des facultés intellectuelles, mouvements oscillatoires, choréiformes, irréguliers, survenant seulement à l'occasion des mouvements volontaires), notre première pensée fut de rattacher tous ces accidents à l'existence d'une sclérose en plaques disséminées.

Cette idée, partagée d'ailleurs par tous ceux qui avaient examiné la malade, devint d'autant plus vraisemblable que, pendant les six derniers mois qui précédèrent la mort, le côté gauche devint à son tour légèrement hémiplegique. En même temps, la main et le bras gauche devenaient le siège d'un léger tremblement choréiforme fort incommode pour la malade, analogue à celui du côté droit, mais d'une bien moindre intensité.

Dans les derniers temps de la vie, l'hémianesthésie disparaît peu à peu et la sensibilité est à peu près recouvrée des deux côtés.

Le 26 novembre 1882, nous tentons de faire lever la

malade, qu'il faut soutenir des deux côtés. A chaque mouvement volontaire, chacune des deux jambes est projetée avec force de différents côtés, et elle vient frapper du talon contre le sol. Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés.

1^{er} décembre 1882. Violente attaque apoplectique. Coma. Le nystagmus persiste jusqu'à la fin. La malade succombe le 2 décembre.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. Les artères de la base du cerveau (vertébrale, basilaire et centrale) sont très athéromateuses.

Hémisphère droit. Au moment où nous retirons le cerveau hors de la cavité crânienne, nous voyons plusieurs gros caillots qui se sont échappés hors des ventricules et viennent faire issue dans la cavité de la dure-mère. Nous incisons l'hémisphère droit en pratiquant une série de coupes horizontales, et nous ne trouvons nulle part les plaques de sclérose que nous avions soupçonnées pendant la vie. En approchant du ventricule latéral, nous trouvons trois foyers parfaitement distincts; l'un des foyers, déjà ancien, ocreux, de deux à trois centimètres, irrégulier, commençant très exactement à la partie postérieure du genou de la capsule, ayant détruit une grande partie de son tiers postérieur et ayant dilacéré l'origine du faisceau rétrograde de Meynert. Le second, beaucoup plus récent, rempli par un gros caillot d'un rouge groseille, occupant le ventricule latéral droit distendu et déchiré. Enfin, le troisième, qui occupe le voisinage du lobe paracentral. Ce dernier est très petit et paraît plutôt un diverticulum du précédent. Rien à la surface de cet hémisphère.

Hémisphère gauche. Né présente non plus aucune plaque de sclérose. Nous ne trouvons rien à la coupe du centre ovale de Vieussens. Plus profondément, il existe au même niveau de la bifurcation des fibres blanches de la capsule interne un foyer hémorragique ancien, anfractueux, ocreux, long de cinq à sept centimètres, commençant en arrière et en bas du noyau extra-ventriculaire, dilacérant le tiers postérieur de la capsule interne, contournant l'extrémité postérieure de la couche optique et venant s'ouvrir dans le prolongement postérieur du ventricule latéral gauche. Ce foyer s'arrête à deux centimètres de l'écorce grise des circonvolutions occipitales. Au niveau du septum lucidum, il paraît exister une communication entre les deux ventricules, en sorte que nous voyons un caillot récent faire interruption sur la frontière de l'hémisphère gauche.

La moelle ne présente aucune plaque de sclérose. Sa couleur est la même sur toute la hauteur. — Les pyramides, la protubérance, les nerfs optiques paraissent absolument sains. Nous ne trouvons également aucune plaque de sclérose apparente sur les nerfs moteurs oculaires communs et moteurs oculaires externes gauches. Les méninges qui enveloppent la moelle et les vaisseaux qui sillonnent celle-ci sont injectés. Pas d'adhérence pathologique.

Plusieurs coupes transversales de la moelle, pratiquées à différents niveaux, nous montrent qu'il n'existe, en apparence du moins, aucune plaque de sclérose. Les cordons antéro-latéraux et postérieurs sont sains.

L'examen histologique de la pièce a été confié à notre excellent collègue M. Duplaix et sera publié ultérieurement.

5. Luxation bilatérale incomplète de la 5^e vertèbre cervicale sur la 6^e, avec fracture par arrachement du bord postéro-supérieur du corps de la 6^e. — Paralysie des quatre membres. — Mort rapide ; par M. Fernand BOTTBY, interne des hôpitaux.

Le 22 novembre au soir entrant, dans le service de M. le professeur RICHET (Salle Saint-Landry, n° 14, Hôtel-Dieu), le nommé Deschamps Alexandre, 48 ans, laitier.

Cet homme, en conduisant sa voiture, voulut couper trop à court et fut renversé de son siège, la tête la première, qui butta sur le pavé et éprouva ainsi un violent mouvement de flexion sur le tronc. Le malade fut relevé, mais ne pût se tenir sur ses jambes, malgré toute sa connaissance ; on le transporta aussitôt à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain matin, 23 novembre, on constate que la tête est fléchie en avant et légèrement inclinée à gauche, sans rotation des yeux concomitante. Les mouvements spontanés sont impossibles. En essayant avec douceur de relever la tête en arrière, on ne peut y parvenir ; au contraire, la flexion en avant, ainsi que sur le côté gauche, est facile ; une légère rotation est également possible. Tous les mouvements provoqués sont douloureux. La douleur est très vive en arrière du cou, au niveau des 4^e, 5^e et 6^e vertèbres cervicales, sans qu'il soit possible de localiser d'une façon absolue le point lésé.

Dans le fond de la gorge, on sent nettement une saillie avec une dépression au-dessous. Pas de crépitation. Les mouvements de déglutition et la parole sont gênés. Pas de troubles oculo-pupillaires. On constate une paralysie motrice des membres inférieurs et supérieurs, paralysie

incomplète, le malade pouvant encore exécuter quelques mouvements très légers. Aux avant-bras, la paralysie est surtout accentuée au niveau des extenseurs. Analgésie et anesthésie complète des membres inférieurs. Anesthésie par plaques sur l'abdomen et le thorax et anesthésie incomplète des membres supérieurs. Paralysie de la vessie. Etat de semi-érection constante, s'accroissant nettement quand on presse fortement au niveau du point douloureux du cou. T. 37°,2. P. 70.

On diagnostique une luxation de la quatrième ou de la cinquième vertèbre cervicale. Traitement : La tête est mise dans l'extension, à l'aide d'un coussin placé sous le cou ; mais, on n'essaie pas de pratiquer la réduction. Quatre ventouses scarifiées à la région cervicale postérieure. Position éthérée.

24 novembre. La sensibilité est un peu moins obtuse aux membres inférieurs ; elle est revenue aux autres parties. T. 38°,2. P. 100. Quatre nouvelles ventouses scarifiées.

25 novembre. La paralysie motrice semble rétrocéder un peu. Le malade a de la gêne de la respiration. T.M. 39°,4. P. 120. La mort survient dans la nuit, probablement à la suite d'une syncope.

AUTOPSIE. — On trouve une luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. Le corps de la cinquième cervicale est fléchi sur celui de la sixième, avec un léger degré de rotation de gauche à droite. Le grand ligament vertébral antérieur n'est pas déchiré.

Les apophyses articulaires supérieures de la sixième vertèbre sont à nu et saillantes, les ligaments ayant été complètement déchirés à la partie postérieure ; au contraire, les apophyses de la cinquième vertèbre luxée ont abandonné complètement les précédentes, l'apophyse articulaire gauche s'étant comme accrochée au devant de l'apophyse correspondante de la sixième cervicale. En arrière, les ligaments jaunes sont déchirés et on constate un écartement entre les lames de l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale et les parties correspondantes de la sixième. L'apophyse épineuse de la cinquième est déjetée en avant et à gauche de la ligne médiane, par un double mouvement de flexion et de rotation. Entre les lames, on aperçoit nettement la moelle qui est coudée à ce niveau.

Pas d'épanchement sanguin, ni dans le canal vertébral, ni dans les méninges ; celles-ci ne présentent pas de signes d'inflammation. La moelle seule offre un léger piqueté rouge à son centre.

Enfin, l'inspection de la partie postérieure du corps de la sixième vertèbre fait constater la présence d'une fracture au niveau du bord supérieur. Ce bord, en effet, a été arraché dans le mouvement de flexion de la tête, sous forme d'un fragment prismatique s'effilant de droite à gauche et adhérant au corps de la cinquième cervicale par l'intermédiaire du disque fibreux ; au niveau du trait de la fracture, le ligament vertébral postérieur est déchiré.

REFLEXIONS. — Cette observation est une de plus à ajouter à celles de luxations bilatérales en avant, déterminées, comme l'a bien démontré M. le professeur Richet, par un mouvement de flexion forcée de la tête sur le tronc.

La réduction n'a pas été tentée et l'autopsie a prouvé qu'on avait eu raison, car, par suite de la rupture des ligaments articulaires, la luxation se serait inévitablement reproduite. C'est, du reste, une réserve qui est suivie par la plupart des chirurgiens, vu la crainte de déterminer une mort rapide pendant la réduction, comme cela a été observé dans plusieurs cas.

M. DURET se demande si la compression des racines nerveuses au niveau des trous de conjugaison n'a pas pu produire l'irrégularité de distribution de l'anesthésie sur le tronc.

6. Symphyse avec ossification du péricarde ; par
M. Henry LUC, interne des hôpitaux.

Pennigot Jean, 58 ans, tailleur d'acier, entré le 2 décembre 1882, salle Lelong n° 1, hôpital Tenon, service de M. RENDU.

Homme trapu, chargé d'un embonpoint considérable, tête enfoncée entre les épaules, yeux saillants et injectés ; cyanose de la face, faciès asthmatique. Est affecté d'une dyspnée considérable dont il fait remonter le début à 5 mois. Il n'accuse ni alcoolisme, ni aucune affection antérieure.

A l'auscultation des poumons, on constate que la respiration se fait mal et la faiblesse du murmure vésiculaire contraste avec les efforts de soulèvement énergiques du thorax. Râles sibilants disséminés un peu partout. Râles sous-crépitants aux deux bases. La respiration est peu accélérée.

Les battements du cœur ne sont point perceptibles à la

palpation. A l'auscultation, on les perçoit faibles, mais réguliers et sans bruits de souffle. Léger œdème des membres inférieurs. Urines normales. Ce qui domine chez ce malade, c'est un état de cyanose des parties supérieures du corps, notamment de la face, qui fait soupçonner l'existence d'une tumeur du médiastin (anévrisme aortique ?) comprimant la veine cave supérieure.

Le malade meurt quatre jours après son entrée, progressivement asphyxié.

AUTOPSIE. — On rencontre des difficultés considérables dans l'ablation des viscères thoraciques. Le péricarde est adhérent à la face postérieure du sternum. Le poumon droit est maintenu par des adhérences pleurales disséminées et le poumon gauche par une adhérence totale. Les organes sont dans un état de carnisation générale.

La cavité du péricarde a totalement disparu. A la place de cette séreuse, on trouve une sorte de carapace osseuse ayant plusieurs millimètres d'épaisseur, manquant sur certains points, mais suivant la plus grande partie du cœur gauche et du cœur droit et se prolongeant autour des gros troncs de la base. Ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés et calcifiés. Le muscle cardiaque paraît sain. Les valvules sont intactes. Lésions athéromateuses considérables à l'intérieur de l'aorte. Foie muscade légèrement scléreux. Les reins paraissent sains.

M. POIRIER fait remarquer que le maximum d'épaisseur des plaques ossiformes du péricarde correspond à la distribution des artères coronaires.

7. Cavernules tuberculeuses du foie chez un enfant de dix-huit mois, mort de tuberculose généralisée; par M. Henry LUC, interne des hôpitaux.

Henri Victor, 18 mois, entré le 11 août 1882, salle Sainte-Marie, n° 11, hôpital Tenon, service de M. GÉRIN-ROZE.

Cet enfant avait déjà été soigné par nous au mois de mai pour une broncho-pneumonie, suite de rougeole, et était parti non guéri de notre service. Au mois d'août, on constate aux sommets des signes non douteux de ramollissement, puis d'excavation. En septembre, l'enfant est pris de diarrhée, il maigrit rapidement; de l'œdème se montre aux membres inférieurs et à la face. Mort le 15 septembre.

AUTOPSIE. — On trouve les poumons infiltrés de tuber-

cules dans toute leur étendue, avec de petites cavernes aux sommets. Ascite et tuberculisation du péritoine. Ulcérations tuberculeuses sur la muqueuse de l'iléon. Le foie présente des lésions particulièrement remarquables. La surface séreuse offre une éruption assez discrète de granulations tuberculeuses. Les coupes pratiquées à travers ce viscère le montrent creusé d'un grand nombre de cavités arrondies, ayant au plus les dimensions d'une lentille et remplies de bile.

L'examen microscopique montre nettement qu'il s'agit là de véritables cavernes tuberculeuses. En effet, sur des coupes colorées au picro-carminate, on constate que chacune de ces petites cavités est bordée par une agglomération de nodules tuberculeux offrant dans leur partie centrale des cellules géantes, colorées fortement par le carmin.

Sur d'autres points, on observe des nodules commençant seulement à présenter le ramollissement central. Il n'est pas possible de déterminer, d'après ces pièces, les lésions tuberculeuses autour desquels des éléments du foie s'étaient originellement développées. Inutile d'ajouter que ces lésions, simple curiosité d'autopsie, n'avaient été traduites pendant la vie par aucun symptôme spécial.

M. BRAULT remarque que les tubercules se développent fréquemment dans le foie au pourtour des canalicules biliaires.

8. M. QUEYRAT présente la *paroi thoracique et le péricarde* d'un homme atteint de *plaie de poitrine*. Il y avait, de par la blessure, communication entre la plèvre et le péricarde, et l'épanchement de sang dans le péricarde paraît, à un moment donné, avoir débordé dans la cavité pleurale.

9. M. BARBE montre un *double anévrysme aortique*. Il existait des infarctus hémoptoïques du poumon qui semblent devoir être attribués à des lésions organiques de la valvule tricuspide.

10. M. CHARRIN montre, en son nom et en celui de M. FAISANS, une *tumeur du pédoncule cérébelleux supérieur*. Une poche kystique avait refoulé le lobe moyen du cervelet. Pendant la vie, on avait observé de la titubation ébrieuse et de la douleur occipitale.

Séance du 15 décembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. DURET.

11. Tumeur de l'abdomen; par M. LOPPÉ, externe des hôpitaux.

Belleville Etienne, 55 ans, marchand des quatre saisons, est entré le 7 septembre 1882, salle Saint-Vincent, lit n° 11, à l'hôpital Tenon (1).

Ce malade n'accuse aucun antécédent morbide. Il s'était toujours très bien porté quand, au commencement de cette année, il fut pris de douleurs dans le bas des reins, de faiblesse dans les jambes. Il l'attribua à son métier surtout fatigant dans les rues de Ménilmontant. Ses reins furent enflés et il fut pris de symptômes péritoniques, douleurs vives, malaises, constipation, vomissements.

Pendant trois mois cependant, il essaya de continuer encore son métier, mais dut se reposer pendant quelques semaines, lorsqu'il voulut reprendre son travail, les jambes commencèrent à enfler, et d'autant plus qu'il se fatiguait davantage. Les douleurs dans les reins devinrent plus vives et il s'y ajouta des irradiations du côté des membres inférieurs, notamment du côté gauche. Ces irradiations consistaient en douleurs continues avec élancements et exacerbations assez fortes quelquefois pour l'empêcher de dormir. Elles avaient surtout pour siège la cuisse gauche. Enfin, le malade entre à l'hôpital Tenon le 7 septembre.

8 septembre. On constate d'abord que, malgré l'absence de fièvre, le pouls est élevé, oscillant entre 110 et 120 et d'une grande irrégularité. Le pouls d'ailleurs ne fait que retracer l'état des battements qui sont forts, mais extrêmement irréguliers; on n'y constate la présence d'aucun bruit anormal.

Rien dans l'appareil respiratoire. Appareil digestif: l'appétit est diminué. Depuis deux ou trois mois, le malade a un profond dégoût par la viande, qu'il ne peut plus manger; les fonctions intestinales ne sont d'ailleurs pas troublées et B... va toujours régulièrement à la selle.

Il a peu maigri, dit-il, et ne présente nullement la teinte cachectique. Quand on examine la cavité abdominale, on

(1) Pour la planche, Voir l'*Album de la Société*.

trouve, à la surface, une circulation veineuse collatérale extrêmement développée et allant bien évidemment de bas en haut. Elle est surtout prononcée du côté droit ; la veine principale qui parcourt le flanc droit reçoit des veines très saillantes dont le point de départ se trouve sur les cuisses, surtout la cuisse gauche. La veine dorsale de la verge est très distendue

A la palpation, on trouve en déprimant la paroi abdominale une tumeur dure, résistante, immobile, saillante surtout dans le flanc et l'hypochondre gauche. A ce niveau, on trouve un point douloureux à la pression ; la limite inférieure de la tumeur est située à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

En haut, la tumeur ne peut être délimitée ; on la trouve encore très nettement saillante à la région épigastrique et sous le rebord des fausses côtes. En bas, la tumeur ne dépasse pas le promontoire ; à droite, elle fait une saillie moins prononcée qu'à gauche, mais également douloureuse. On sent au-dessus de la tumeur les anses intestinales qui la dépriment et dont la pression déplace les gaz et les liquides.

Le toucher rectal ne donne aucun signe, le malade dit n'avoir jamais eu d'hémorroïdes. Il ne porte point de varicocèle, il urine très bien.

La pression sur les apophyses épineuses n'est point douloureuses non plus que la percussion. A peine un peu de douleur et d'empâtement au niveau de la région des reins. Il n'en est pas de même dans les membres inférieurs. Outre les douleurs continues avec exacerbations dont le malade s'est déjà plaint, on constate que la pression des cuisses, surtout sur le trajet du nerf crural, est très douloureuse. La douleur est beaucoup moins vive sur le trajet du sciatique.

Les pieds, les malléoles, la partie inférieure des jambes sont le siège d'un œdème très prononcé. Traitement : frictions sur la colonne lombaire et les cuisses avec de la pommade à l'iodure de plomb.

12 septembre. Le malade a eu, environ trois quarts d'heures après avoir mangé, un vomissement alimentaire. Les douleurs des cuisses étant plus vives, injections de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine.

17 septembre. Le malade a eu de nouveau hier un vomissement alimentaire, une heure après son repas, sans que l'injection de morphine pût être incriminée.

18 septembre. Le malade est constipé depuis quelques jours, 2 verres eau de Sedlitz.

19 septembre. Les douleurs des lombes et des cuisses

ont un peu diminué sous l'influence de la morphine, mais la marche est toujours à peu près impossible.

21 septembre. Depuis deux jours, le malade n'est pas allé à la selle. Il mange peu, son ventre est ballonné, surtout dans les fosses iliaques, les grands droits semblent brider le ballonnement. En même temps, on remarque que les bourses sont œdématisées, la saillie des veines de la circulation collatérale disparaît peu à peu pendant que l'œdème envahit la région inférieure de l'abdomen. L'œdème des membres inférieurs s'est considérablement accru, les douleurs restent stationnaires, un peu moins intenses qu'au début, mais il y a toujours de l'hyperesthésie de la cuisse gauche. Le volume de la tumeur ne semble pas avoir augmenté, seule la douleur de la pression dans les flancs semble exagérée; la palpation, la percussion de la colonne dorso-lombaire donnent toujours des signes négatifs. L'état du cœur n'a guère varié, le malade n'est pas gêné pour respirer.

26 septembre. L'œdème des membres inférieurs est total; celui des bourses est considérablement augmenté; enfin, la région dorso-lombaire et la paroi antérieure de l'abdomen et les flancs sont le siège d'un œdème très prononcé; le malade urine peu. Dans le but de diminuer l'œdème en activant la sécrétion rénale, M. Sevestre prescrit des injections hypodermiques de caféine (procédé de Tanret, mélange de salicylate de soude et de caféine). La densité des urines a toujours été entre 1010 et 1014.

2 octobre. Le malade, qui était ordinairement constipé, a eu hier trois selles diarrhéiques.

4 octobre. La paroi abdominale est moins œdématisée.

7 octobre. L'œdème du scrotum, qui avait diminué, est revenu à l'état où il était il y a quelques jours; œdème considérable des membres inférieurs.

12 octobre. L'œdème scrotal a diminué notablement.

18 octobre. Les douleurs dans les cuisses et les jambes sont intolérables, elles enlèvent tout sommeil au malade qui voit cette souffrance s'ajouter à celle que lui cause son décubitus forcé sur le dos. Chloral, 5 gr.

2 novembre. Les membres inférieurs sont plus fortement œdématisés que jamais.

10 novembre. Les jambes et l'abdomen, en même temps qu'ils sont douloureux, sont parfois le siège de fourmillements et presque toujours le malade accuse une sensation d'engourdissement.

15 novembre. Les douleurs rénales et l'œdème sont considérables.

20 novembre. Mouchetures avec une aiguille.

22 novembre. Nouvelles mouchetures.

26 novembre. Depuis trois jours, le malade vomit son repas une ou deux heures après l'avoir ingéré.

27 novembre. Mouchetures nouvelles.

1^{er} décembre. Mouchetures. La peau est moins tendue, les côtés de l'abdomen présentent moins d'œdème. Depuis, la peau fut de moins en moins tendue, l'œdème scrotal avait à peu près disparu. La santé semblait même s'être généralement améliorée, lorsque le 8 décembre le malade commence à rendre, sans douleurs d'ailleurs, des vomissements fécaloïdes; la prostration augmente pendant la nuit et le 9 décembre à 8 heures du matin, dix minutes après avoir demandé à être levé, il meurt à peu près subitement.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Rien au poumons, rien au cœur. Le foie est remonté très haut sous les fausses côtes; il ne présente aucun signe de dégénérescence, il a son volume, sa consistance sa couleur normale. De même l'estomac et le pancréas sont parfaitement indemnes. Il n'y a pas de liquide dans le péritoine.

Mais ce qui frappe tout d'abord dès l'ouverture de l'abdomen, c'est le volume considérable de la tumeur qui remplit le ventre; elle entoure de toutes parts le gros intestin distendu moyennement par des gaz et quelques matières fécales.

L'intestin grêle au contraire est aplati, comprimé entre la tumeur et la paroi abdominale; son calibre est notablement diminué de volume; nulle part sur le trajet du tube intestinal on ne trouve trace de lésion organique.

Au-dessous du péritoine et du mésentère, dont les ganglions sont envahis (quelques-uns présentent un volume supérieur à celui d'une petite noix), se trouve la tumeur. Elle a envahi tous les organes situés en arrière du péritoine, les reins sont rejetés latéralement et parfaitement sains; les muscles psoas, les branches du plexus crural qui les traversent sont également rejetés en dehors et comme aplatis contre la tumeur; des noyaux néoplasiques sont disséminés dans le tissu des muscles. La veine porte, qui est encore perméable dans une étendue de cinq à six centimètres, est coagulée dans la tumeur; quant à la veine cave, elle forme une sorte de bouchon envahi complètement par le néoplasme; les veines iliaques sectionnées au niveau où elles passent sur le pli l'aîne sont également remplies d'un bouchon néoplasique; les uretères sont comprimés et leur partie supérieure est dilatée, mais on trouve leur canal libre dans toute leur étendue.

Deux sortes de coupes ont été pratiquées sur la tumeur; d'abord, une coupe antéro-postérieure; la tumeur ne semble plus former qu'une masse analogue à du sarcome; on n'y retrouve plus trace de la veine cave inférieure et des veines iliaques primitives, la coupe d'une artère iliaque primitive apparaît béante au milieu de la tumeur, la colonne dorso-lombaire est envahie, elle aussi, par le néoplasme, mais elle ne semble pas en être le point de départ; les dernières vertèbres lombaires seules ont un aspect plus pâle, leur consistance est diminuée, la pointe du couteau s'y enfonce très aisément et la quatrième vertèbre lombaire s'est fracturée pareillement aux faces supérieure et inférieure pendant la section, le canal médullaire est libre et les nerfs de la queue de cheval sont intacts. La colonne vertébrale est séparée de la tumeur par un périoste plus ou moins résistant et facile à décoller; en un point même, sur la troisième vertèbre lombaire, du côté gauche, le périoste a disparu et la pulpe du doigt pénètre dans une sorte de cupule du corps vertébral dénudé et rugueux; ensuite des coupes ont été faites en suivant le trajet des vaisseaux; il a été impossible de retrouver les traces des veines complètement fusionnées avec la tumeur. L'aorte, les artères iliaques, ont gardé leur volume normal, il y a quelques plaques athéromateuses à la surface interne de l'aorte, la tunique externe est remplacée par le tissu néoplasique; on trouve aussi que les uretères sont perméables.

Ces coupes n'ont donc pu éclaircir nettement cette question intéressante du point de départ de la tumeur, qui semble être un sarcome ganglionnaire primitif comme on en a signalé un certain nombre de cas, comme notre maître M. le Dr Sevestre en a vu un personnellement. Nous attendons que le résultat de l'examen histologique nous ait été communiqué pour essayer de déterminer mieux le point de départ de cette tumeur, qu'il nous a semblé intéressant de présenter à la Société anatomique en raison non seulement de sa nature et de son siège, mais encore de son volume énorme et arrivant à déterminer des accidents d'étranglement par compression de l'intestin grêle contre les parois de la cavité abdominale, considérablement rétrécie, et des troubles nerveux intenses, par l'action mécanique qu'elle exerçait sur les branches du plexus lombaire et les racines du nerf crural.

12. Un cas de langue noire; par M. Albert MATHIEU,
interne des hôpitaux.

Récemment, dans le service de M. LAILLER, à Saint-Louis, j'ai eu l'occasion d'observer un cas très net de langue noire. Le malade, âgé de 26 ans, présentait, sur la partie moyenne de la face dorsale de la langue, une large tache noire, telle que l'aurait pu produire de l'encre répandue sur la muqueuse. Ce changement de coloration ne constituait qu'une partie de la lésion; celle-ci encore était constituée par un allongement extrême, véritablement filiforme, des papilles corolliformes de la langue. Ces papilles, mouillées par la salive, étaient couchées ainsi qu'un gazon épais après une pluie intense.

C'est bien ce qu'a vu Maurice Raynaud, ce qu'il a décrit en 1869 devant la Société médicale des hôpitaux. Dans ces papilles hypertrophiées, il a cru voir des spores nombreuses et il s'est servi, pour désigner cette affection, d'un mot qui fait image et qui rend bien la pensée; il l'a appelée teigne des muqueuses, à cause de la similitude des spores du trichophyton et des spores du prétendu parasite de la langue noire, à cause de l'analogie d'apparence qui existe entre les papilles malades et les poils envahis par le champignon de la teigne. Depuis cette époque, la langue noire a été rencontrée assez fréquemment et étudiée par bon nombre d'observateurs. Les uns y ont vu facilement et rapidement le parasite de Maurice Raynaud, les autres ne l'ont pas aperçu.

L'examen du cas que j'ai rencontré dans ces derniers temps m'a permis de me faire sur ce point une opinion précise, et, en même temps, de m'expliquer la divergence d'opinion des auteurs. Cette divergence, me semble-t-il, doit s'expliquer par la technique suivie.

En effet, tout d'abord, après un examen rapide, j'ai cru à l'existence des spores parasitaires. Un examen ultérieur plus complet, l'emploi de réactifs particuliers, m'ont permis de constater très nettement que l'existence des spores n'était qu'une trompeuse apparence, d'explication facile.

Les papilles filiformes sont remplies de granulations granulo-graisseuses qu'il importe de faire disparaître. Pour cela, je les ai successivement traitées par une solution étendue de potasse, par l'éther sulfurique, par l'alcool et par l'eau. Elles étaient placées dans de petits tubes et agitées dans le liquide. Je les ai ensuite examinées directement ou après coloration par diverses substances : picro-carmin, fuschine,

eau iodo-iodurée, etc. Les plus larges de ces papilles présentent deux couches, l'une corticale, l'autre centrale.

La *couche corticale* est constituée par une spécification assez dense de cellules épithéliales aplaties, réduites à leur squelette, vidées de leur contenu, dépourvues de noyau. Ces fragments cellulaires se désagrègent à la périphérie, et, à un faible grossissement, donnent à la papille entière l'aspect d'un tronc de palmier revêtu des tronçons inégaux, squameux, que laissent les feuilles après leur chute. On n'y trouve pas de noyau, rien qui puisse être comparé à des spores.

Les papilles les plus étroites sont réduites à cette gaine corticale; elles manquent de substance centrale médullaire. Les plus larges présentent au contraire une substance centrale d'un aspect particulier. On y trouve une sorte de mosaïque, une sorte de réseau à mailles allongées, et, au centre de ces mailles, se rencontre un corps arrondi, assez réfringent, qui présente complètement l'aspect des noyaux des cellules épithéliales dans la couche moyenne de l'épiderme. Leur disposition régulière, résultat évident de la disposition même des cellules qui les renferment, rend cette analogie plus frappante encore et plus démonstrative.

A notre sens, il s'agit là en effet de véritables noyaux cellulaires qui persistent au centre des papilles, alors qu'ils ont disparu dans les couches périphériques plus tassées, semblables en tout à la couche épidermique cornée. Peut-être existe-il quelques spores dans un certain nombre de papilles? La chose est possible, mais non d'une évidence absolue.

En tout cas, le fait caractéristique, essentiel, n'est donc pas la présence des spores parasitaires, mais le développement exagéré de l'enveloppe épithéliale des papilles. Si les spores envahissent parfois cette enveloppe, le phénomène est secondaire, accessoire. Le malade en question était dans un état général assez mauvais. Il présentait de l'anorexie et de la dyspepsie. Cette relation avec la dyspepsie a été signalée par Gubler.

A quoi donc est due la coloration noire? Il faut remarquer qu'elle s'enlève par la potasse et qu'elle survient chez des gens qui ne boivent pas de vin (Gubler). Pour ma part, je pense que l'abondance des granulations grasses dans les gaines épithéliales peut être une cause de son apparition. Chez notre malade, la salive était légèrement acide au niveau du gazon papillaire de la tache noire. Peut-être cette acidité n'est-elle étrangère, ni au développe-

ment de cette production épithéliale exubérante, ni à sa coloration spéciale.

13. Tumeur utérine.—Hystérotomie.—Mort ; par M. THOINOT, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une opération pratiquée à la Salpêtrière par M. TERRILLON sur la femme C..., âgée de 53 ans. Cette malade portait depuis 4 ans une tumeur abdominale, de volume considérable, mate sur toute sa surface et où la palpation ne permettait de découvrir ni sensation de flot ni fluctuation partielle. Le col utérin était porté en haut, et l'utérus était absolument immobile, comme enclavé. La malade ne souffrait pas et n'avait jamais eu d'accidents de péritonite. Les règles avaient cessé depuis plusieurs années déjà.

Deux ponctions, faites à huit jours d'intervalle vers la fin de novembre, donnèrent issue chacune à quelques grammes de liquide couleur chocolat. Vers la même époque, la malade commença à perdre par le vagin, d'une façon intermittente, des matières qui tachaient le linge en jaune verdâtre.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre et dura une heure et demie. Deux ponctions faites pendant l'opération donnèrent issue à plusieurs litres d'un liquide semblable à celui qui avait été extrait précédemment. L'utérus fut coupé presque à ras du col. La malade mourut du choc traumatique, deux heures après l'opération.

La tumeur, incisée le lendemain, fit voir que nous avions affaire à un utérus colossalement distendu, à parois musculaires fortement hypertrophiées et présentant l'épaisseur environ de deux doigts. La cavité était unique, sans diverticule, et se continuait nettement avec la cavité de la portion de col sur laquelle avait porté la section et qui avait été laissée dans l'abdomen. Cette cavité utérine était remplie d'un liquide hématique absolument différent de celui que nous avaient donné les ponctions antérieures à l'opération, ou faites pendant l'opération même. Ce liquide sanguinolent s'était, suivant toute probabilité, épanché pendant l'opération, d'où le collapsus qui avait entraîné si rapidement la mort de la malade. De toutes parts sur la muqueuse s'élevaient des masses de volume variable, dont les plus grosses pouvaient avoir la dimension d'une orange. Parmi ces masses, les unes étaient solides, rattachées à la paroi par un pédicule très large, à adhérence du reste très faible, car quelques-unes s'étaient détachées spontanément pendant les diverses manœuvres qu'avait nécessitées l'opération

ou l'examen *post mortem*. Ces masses étaient molles, friables. L'examen macroscopique était impuissant à déterminer la nature de ces singulières tumeurs, qui n'avaient l'apparence ni d'un fibrome ramolli, ni d'un sarcome; la durée de la tumeur (17 ans) écartait encore, aussi bien que l'apparence, l'hypothèse d'une production maligne.

D'autres masses plus petites étaient de nature différente; elles étaient creuses, formées d'une paroi peu épaisse et remplies de caillots; peut-être, faut-il voir là des dilatations anévrysmales? Enfin, la muqueuse était sur tous les points, entre ces masses, hérissée et comme fongueuse. La coupe des parois musculaires laissait voir des canaux du volume d'un gros drain remplis de sang caillé (sinus veineux?) La tumeur vide pesait 8 kilog.

14. Sarcome de l'omoplate. — Opération. — Récidive. — Mort. — Généralisation cancéreuse; par M. LADROITTE, interne des hôpitaux.

L'observation complète du malade au point de vue clinique devant paraître prochainement dans la thèse d'un de nos collègues, M. de Langenhagen, nous devons nous borner à noter les principaux traits de son histoire et à les compléter par l'exposé des lésions observées à l'autopsie.

Il s'agit du nommé A... Jules, âgé de 22 ans, terrassier, entré à l'hôpital de la Charité, le 5 décembre 1881, pour se faire traiter d'une tumeur de l'omoplate droite.

Le diagnostic porté est sarcome osseux, et six jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur est enlevée et l'examen histologique prouve en effet que c'est bien un sarcome.

Deux mois après, apparaissent les premiers symptômes de récidive. Une nouvelle tumeur se développe dans la partie de l'omoplate respectée par la première opération.

Le 21 juin, nouvelle opération plus radicale, consistant dans l'ablation totale du membre supérieur.

A ce moment, l'état général du malade était satisfaisant et il n'existait aucun symptôme morbide du côté du poulmon, ni des autres viscères, qui pût faire supposer leur envahissement par le néoplasme. Le malade se remit assez rapidement de l'opération, la plaie opératoire guérit bien, mais, moins de 3 mois après, la tumeur commence à récidiver. Le malade se plaint de douleurs vives dans le moignon de l'épaule, s'amaigrit, se cachectise. Dans les derniers temps, surviennent des accès de dyspnée de plus en plus prononcés. L'asphyxie atteint son maximum le 8 décembre,

et la mort survient dans la soirée. Pendant tout ce temps, les signes fournis par l'examen de la poitrine ont été à peu près nuls ; jamais non plus on n'a constaté les crachats propres du cancer du poumon.

AUTOPSIE. — Outre des noyaux nombreux de récidue au niveau de l'épaule opérée, on constate une généralisation complète du néoplasme dans la cavité thoracique.

La face supérieure du diaphragme et toute la plèvre costale sont parsemées de noyaux blanchâtres, du volume d'une lentille à celui d'une noisette. Les poumons sont farcis de noyaux cancéreux de volume variable, disséminés dans les lobes inférieurs, confluent dans les lobes supérieurs qui, en certains points, sont complètement envahis par le néoplasme. Ces masses dégénérées établissent une adhérence complète entre les sommets des poumons et la partie correspondante de la plèvre. Cette adhérence est si prononcée que les poumons ne peuvent être séparés de la paroi postérieure du thorax qu'à l'aide du couteau.

Un certain nombre des tumeurs situées à la surface du poumon sont nettement pédiculées et revêtent assez bien l'aspect de champignons implantés sur la plèvre. Tous ces noyaux présentent à la coupe le même aspect. Ils sont formés d'un tissu grisâtre, sec, ne donnant pas de suc par le raclage. Ils sont évidemment de même nature que le néoplasme primitif de l'épaule qui a été leur point de départ.

Les médiastins, surtout le postérieur, sont convertis en une masse dégénérée. Sur tout le trajet des bronches, dans l'épaisseur du poumon, les ganglions sont également envahis. La face supérieure du diaphragme présente aussi des altérations analogues. Le péricarde contient environ 100 gr. de liquide citrin. Sur son feuillet pariétal, il existe une plaque blanche d'envahissement sarcomateux.

L'estomac, la rate, les reins, le pancréas sont sains. Il est remarquable de voir que l'abdomen ne présente aucune trace de dégénérescence. Il n'existe en effet, dans cette cavité, qu'une seule plaque néoplasique située sur la face inférieure du diaphragme, mais elle n'est pas née en ce point, elle n'est que la propagation du tissu sarcomateux provenant de la face thoracique de ce muscle, qui, l'ayant envahi dans toute son épaisseur, s'est fait jour dans l'abdomen. Les autres viscères et la colonne vertébrale sont sains.

RÉFLEXIONS. — Nous ferons seulement remarquer une fois de plus la fréquence et la rapidité de la généralisation

cancéreuse dans le sarcome des os et l'impossibilité pour le chirurgien, sinon de la prévoir, du moins de pouvoir la diagnostiquer, les signes fournis par l'examen des organes thoraciques étant habituellement nuls, ou n'apparaissant que très tardivement, même lorsque les lésions sont déjà très avancées. De telle sorte qu'on se trouve, dans un certain nombre de cas, entraîné à faire des opérations qui ne seraient certes jamais pratiquées si l'on pouvait constater l'envahissement des viscères par le néoplasme.

15. Sarcome de l'épiderme au début. — Marche extrêmement rapide simulant une affection inflammatoire; par M. P. COUDRAY, interne des hôpitaux.

Antoine D..., 59 ans, menuisier, entré le 4 décembre 1882 dans le service de M. le professeur TRÉLAT.

Cet homme gros, très gras, sans antécédent morbide d'aucune sorte, ni personnel, ni héréditaire, fait remonter le début de son affection à un mois seulement. A cette époque, et à l'occasion d'un froissement insignifiant des bourses, en descendant d'omnibus, il remarqua un gonflement non douloureux tout d'abord de la région scrotale gauche. Comme il n'existe pas de douleur, notre malade se contente d'un suspensoir et continue son travail. Au bout de quinze jours, la tuméfaction testiculaire présente un certain degré de sensibilité, détermine une gêne notable, si bien que le malade prend le lit et appelle un médecin. Ce dernier pensa sans doute à une orchite, ainsi qu'en témoigne le traitement auquel il eut recours : sangsues sur le trajet du cordon, cataplasmes sur le scrotum, et, quelques jours après, pommade résolutive. Malgré tout, les choses restent en l'état, et au bout de quinze jours d'un traitement infructueux, le malade arrive dans le service de M. Trélat.

La région testiculaire gauche est le siège d'une tumeur de volume moyen, allongée dans le sens vertical, cylindroïde. La peau saine dans toute la partie supérieure, présente un certain degré d'œdème à la partie déclive, c'est peut-être un peu le fait des explorations répétées.

La consistance de la tumeur est ferme. Elle est constituée par une masse uniforme dans laquelle il est impossible de reconnaître ce qui appartient au testicule et ce qui représente l'épididyme; la tunique vaginale ne renferme pas de liquide.

Le cordon est manifestement induré dans sa masse; ses

divers éléments sont indistincts. Pas de ganglions iliaques, ni lombaires. L'autre testicule est absolument sain.

Se fondant sur la confusion du testicule et de l'épididyme, sur l'induration du cordon, M. le professeur Trélat porta le diagnostic de tumeur maligne et fit la castration le 13 décembre.

Examen macroscopique. Sur une coupe verticale antéro-postérieure, nous voyons : 1° le testicule absolument sain entouré de sa tunique albuginée normale ; 2° en arrière et en dedans, une couche gélatiniforme infiltrée de sang d'apparence myxomateuse ou fibrineuse, elle est limitée dans la profondeur par une surface assez lisse, c'est peut-être le reste de la vaginale ; 3° entourant et débordant en haut et en bas ces parties, une masse dure, fibreuse, jaunâtre par places, paraissant constituée par l'infiltration néoplasique de l'épididyme tout entier ; 4° tout à fait en haut, le cordon présente des noyaux d'induration très apparents.

Analyse histologique. Cette analyse, faite avec le plus grand soin par M. Latteux, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, et vérifiée par M. Cornil, a montré les faits suivants : 1° Zone hémorrhagique. De dehors en dedans : a) une couche de tissu conjonctif formé de faisceaux denses, anastomosés, avec un assez grand nombre d'éléments embryonnaires dans les interstices de ces faisceaux ; b) une seconde couche très riche en éléments embryonnaires avec quelques vaisseaux de nouvelle formation ; c) une couche hémorrhagique se fusionnant sans ligne de démarcation avec la précédente et produite évidemment par la rupture des capillaires embryonnaires dont nous venons de parler. Cette couche est cloisonnée par des bandes de fibrine qui tend vers l'organisation. 2° Tissu induré, à nodules jaunâtres. Il est formé par l'épididyme épaissi. On y trouve, en effet, les canalicules glandulaires tapissés de leur épithélium à peu près intact, mais séparés les uns des autres par un développement hypertrophique du tissu conjonctif. Dans ce tissu conjonctif, d'assez nombreux éléments embryonnaires, dispersés sans ordre.

RÉFLEXIONS.—Si l'on ne tient compte que des lésions histologiques, on peut adopter l'interprétation suivante que nous transcrivons d'après la note de notre ami M. Latteux : « Il s'agit d'une lésion inflammatoire chronique, ayant dé-

buté au voisinage de la tunique vaginale. Les tissus se sont alors infiltrés d'éléments de prolifération et épaissis. L'inflammation a gagné de proche en proche et amené à la surface de la tunique vaginale la production de bourgeons fongueux. Ceux-ci, formés d'un tissu très mou et contenant des vaisseaux à parois très minces, ont pu se rompre sous l'influence d'un traumatisme quelconque et donner lieu au foyer hémorrhagique signalé plus haut et dont le siège serait la cavité de la séreuse. L'hémorrhagie, en ce cas, ne serait qu'un épiphénomène. » Il s'agirait donc d'une péri-vaginalite.

M. Trélat s'étant montré absolument rebelle à cette interprétation, M. Latteux est allé présenter ses coupes à M. Cornil qui, reconnaissant l'insuffisance du microscope à déterminer dans le cas particulier l'existence d'un sarcome ou d'une inflammation, a pensé que l'étude clinique et macroscopique était d'une très haute importance; que la confusion des tissus, l'induration du cordon, étaient en faveur d'un sarcome, plutôt que d'une inflammation.

Bien que nous rattachant à l'interprétation donnée par la clinique et l'anatomie macroscopique, nous tenons la description donnée par M. Latteux comme des plus importantes. Elle démontre que le cas en présence duquel nous nous trouvons est un cas rare, discutable, que toutes les incertitudes qui planent sur la question des tumeurs du testicule sont loin d'être élucidées.

16. M. COLANERI montre un *cerveau d'idiote* avec hydrocéphalie ventriculaire considérable.

Séance du 22 décembre 1882.

PRÉSIDENTE DE M. DURET.

17. Luxation de la 5^e vertèbre cervicale; par F. BOTTEY, interne des hôpitaux.

Le 17 décembre au soir, entrant dans le service de M. le professeur RICHER, salle Saint-Landry, n° 6 (Hôtel-Dieu), le nommé THURIS Edouard, 24 ans.

Cet homme, en état d'ébriété, voulut monter sur l'impériale d'un omnibus ; il lâcha la rampe au moment où la voiture se mettait en marche, et fut renversé à terre. Il ne put se relever ni marcher et fut aussitôt transporté à l'hôpital.

Etat actuel. Le malade a toute sa connaissance, mais il ne peut dire exactement comment il est tombé ; cependant, la boue qui souille son visage, les cheveux étant indemnes, et l'écrasement du pouce de la main gauche produit par la roue de la voiture, semblent indiquer que la tête a subi, dans la chute, un mouvement d'extension sur le tronc. Le malade présente une paralysie motrice des quatre membres ; c'est à peine si le bras droit seul peut esquisser quelques mouvements très légers. Il y a anesthésie complète des membres inférieurs et de la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Rétention d'urine.

La tête est complètement mobile ; elle ballotte comme une cloche à chaque mouvement imprimé au tronc. Elle est fortement fléchie en avant. En arrière du cou, on sent une dépression. Dans le fond de la gorge, au contraire, le toucher fait constater une saillie considérable. Les mouvements provoqués ne sont pas douloureux. Traitement. La tête est mise dans l'extension à l'aide d'un coussin placé sous le cou. 8 ventouses scarifiées à la région cervicale postérieure.

Le malade meurt le lendemain matin, à 6 heures.

AUTOPSIE.—On trouve une luxation de la 5^e vertèbre cervicale sur la 6^e. La première fait une forte saillie en avant, le ligament vertébral antérieur ayant été extrêmement tiraillé. Les apophyses articulaires de la 5^e ont abandonné celles correspondantes de la 6^e et se sont placées et comme accrochées au devant d'elles ; les ligaments capsulaires sont complètement déchirés et l'apophyse articulaire droite de la 6^e vertèbre est légèrement échancrée.

Les ligaments jaunes sont entièrement déchirés et on aperçoit, entre les lames et les apophyses épineuses de la 5^e et de la 6^e, la moelle qui est coudée à ce niveau et fortement serrée par l'anneau postérieur de la 5^e vertèbre d'une part, et par l'anneau antérieur de la 6^e d'autre part. Il y a arrachement de la pointe de l'apophyse épineuse de la 5^e vertèbre. On trouve un épanchement sanguin dans le canal vertébral, s'étendant du point luxé jusqu'au niveau de la 1^{re} vertèbre dorsale.

Au niveau du foyer de la luxation, on trouve également une hémorragie intra-médullaire. Pas de fracture du corps des vertèbres.

RÉFLEXIONS.— Cette observation est très intéressante, surtout lorsqu'on la compare à celle que j'ai présentée à la Société anatomique dans la séance du 9 décembre. Dans cette dernière, en effet, il s'agissait également d'une luxation de la 5^e cervicale sur la 6^e, mais avec fracture par arrachement du bord postéro-supérieur de la 6^e, et produite par un mouvement de flexion et de rotation de la tête sur le tronc ; la tête était fléchie en avant et inclinée à gauche et présentait une certaine roideur dans les mouvements provoqués. Dans l'observation actuelle, au contraire, le mécanisme a été tout autre : la luxation semble avoir été produite par un mouvement d'extension forcée. De plus, la mobilité excessive de la tête, observée dans ce cas, serait peut-être un signe qui permettrait de reconnaître une luxation, non accompagnée de fracture, ce qui justifierait les tentatives de réduction immédiate que l'on serait parfaitement en droit de pratiquer.

18. Kyste de l'ovaire à parois calcifiées ; par M. L. THOINOT, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société ont été trouvées à l'autopsie de la nommée P..., âgée de 53 ans, décédée à la Salpêtrière (service de M. TERRILLON), le 20 décembre 1882.

Cette malade, depuis quatre ans dans le service, portait sa tumeur abdominale depuis trente ans environ. Elle n'éprouvait aucune difficulté ni de miction, ni de défécation. De temps à autre seulement, la gêne croissante de la respiration décidait la malade à réclamer une ponction. Ces ponctions, du reste, étaient très rares ; dans son long séjour à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle n'en avait subi que quatre. La dernière avait été pratiquée en novembre 1882.

Cette tumeur, mate sur toute son étendue, donnait très nettement la sensation de flot, présentait une paroi dure, résistante, à consistance cartilagineuse. La santé avait été bonne jusqu'à la dernière ponction qui donna issue à 17 litres de liquide.

Mais, à partir de celle-ci, se développaient des symptômes de cachexie progressive qui, sans douleur, sans phénomène inflammatoire du côté du péritoine, amenèrent la mort le 20 décembre.

AUTOPSIE.— Nous constatons que la paroi abdominale an-

térieure s'était fusionnée, pour ainsi dire, avec la paroi correspondante de la tumeur. Les fibres musculaires qui existent normalement en cet endroit, de chaque côté de la ligne blanche, avaient disparu, et ce n'était que sur les côtes, là où la tumeur n'adhérait pas à la peau, qu'on retrouvait les fibres des muscles abdominaux.

En haut, l'épiploon venait se fixer sur la tumeur dont il était impossible de la détacher; les anses du gros intestin (côlon transverse) adhéraient également à la partie supérieure de la tumeur. La veine ombilicale était à sa naissance sur la face abdominale absolument adhérente à la tumeur, d'où elle semblait même provenir.

Il n'y avait aucune adhérence dans le bassin. La tumeur était rattachée à l'angle droit de l'utérus par un pédicule qui était manifestement le ligament de l'ovaire droit. Les parois du kyste présentaient une singularité, du reste diagnostiquée pendant la vie, je veux dire la calcification. Cette calcification était surtout manifeste sur la paroi antérieure; les parois latérales étaient de consistance plus molle; la paroi postérieure était de consistance ordinaire.

La tumeur une fois incisée, on vit que cette paroi antérieure calcifiée sur toute son étendue était épaisse environ d'un centimètre, et que l'épaisseur diminuait à mesure qu'on se rapprochait de la paroi postérieure. Pleine, la tumeur pesait 11 kilos.

19. Hypertrophie du lobe moyen du rein; par M. Lucien Picqué, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé B. Louis, âgé de 71 ans, journalier, entre le 21 novembre 1882, dans le service de M. le professeur Gosselin, suppléé par M. BERGER, salle Sainte-Vierge, n° 20.

Le malade nous raconte, qu'à l'âge de 35 ans, il eut un écoulement qui dura un an. Depuis 20 ans, il souffre continuellement des reins. Mais, depuis 12 ans seulement, il éprouve une certaine difficulté d'uriner. Il entra à cette époque à la Charité où M. le professeur Gosselin le soumit au cathétérisme répété pendant une quinzaine de jours.

Il rentra dans le service 5 ans après cette époque, la miction ne se faisait qu'au prix de grands efforts. Il n'y resta qu'un mois, mais depuis lors les difficultés devinrent de plus en plus grandes. Il y a 6 semaines, il fut pris subitement de rétention complète d'urine; un praticien essaya en vain de le sonder, mais la miction se rétablit d'elle-même après une uréthrorrhagie abondante qui dura 12

heures. Depuis 5 jours, le malade n'urine plus ou du moins ne rend par intervalles que quelques gouttes d'urine.

Etat actuel. Le malade est dans l'impossibilité absolue d'uriner; la vessie forme à l'hypogastre une tumeur volumineuse qui remonte jusqu'à l'ombilic; au toucher rectal, existe une tumeur grosse comme une petite orange qui obstrue en partie le rectum. Après quelques essais infructueux, on parvient à passer avec la sonde molle à courbure active (procédé de M. le professeur Guyon). Les urines sont purulentes. Lavages quotidiens avec le syphon de Galante. La sonde est laissée à demeure pendant 5 jours, puis on essaye le cathétérisme à chaque miction, mais il survient de la cystite avec douleurs. On revient à la sonde à demeure dès le lendemain; on fait une injection de nitrate d'argent au 1/500 qui est bien supportée.

7 décembre. Fièvre intense; on suspend tout cathétérisme. Le malade succombe le 11, en présentant des symptômes d'adynamie.

AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après la mort. — Les reins présentent une atrophie prononcée de la substance corticale. Lésions de la néphrite interstitielle sans abcès. Congestion très vive des uretères sans suffusion.

La vessie présente une cellule considérable à droite. Pas d'adhérences extérieures. La cavité est peu considérable. La muqueuse présente les lésions communes de la cystite chronique. Hypertrophie notable de la tunique musculieuse. Portion prostatique de l'urèthre: le canal présente à ce niveau une direction normale. Léger changement en rapport avec l'hypertrophie des lobes latéraux. La face inférieure ne présente aucun soulèvement. Au niveau et au-dessous du col existe une saillie très prononcée, insérée sur la partie antérieure de la base de la prostate par un gros pédicule. La partie saillante a la forme d'un éventail placé en face de l'orifice interne, et offre, dans son diamètre transversal, 3 à 4 centimètres. Sur les parties latérales, comme c'est la règle, on trouve une fausse route partant de la face inférieure de l'urèthre prostatique, à 2 ou 3 millimètres de l'orifice interne et traversant le bord gauche de la saillie indiquée.

REFLEXIONS. — Ce malade a succombé aux lésions rénales ordinaires de l'hypertrophie prostatique. La pièce était intéressante en ce qu'elle montrait une disposition en valvule du lobe moyen. Cette valvule est relativement facile à

franchir avec la bougie à courbure de M. le professeur Guyon, puisqu'il n'y a aucune inflexion anormale du canal et qu'il suffit de passer par-dessus un obstacle placé transversalement en arrière de ce canal.

20. Ostéo-sarcome du fémur gauche (tumeur à médullo-celles). — Amputation de la cuisse au milieu du membre ;
par M. P. COUDRAY, interne des hôpitaux.

M. L..., 21 ans, grand garçon de haute taille, bien développé, de belle constitution ; aucun antécédent pathologique, pas d'hérédité.

Il y a 18 mois environ, il fit une chute dans laquelle la jambe gauche se trouva prise dans un trou jusqu'à la hauteur du jarret ; ce traumatisme fut peu important, il ne s'accompagna d'aucun phénomène local. Au bout de quinze jours de repos, le malade put reprendre sa vie habituelle.

Cette année, il y a 3 ou quatre mois environ, il s'aperçut de la présence d'une tumeur du volume d'une petite pomme, siégeant dans le creux du jarret gauche ; cette tumeur était dure, profonde, et semblait faire corps avec l'os. Elle était absolument indolente et ne gênait nullement les fonctions du membre, à tel point, qu'au mois de novembre dernier, le jeune homme put prendre son service militaire comme engagé conditionnel d'un an.

A peine était-il au corps depuis une dizaine de jours, qu'il commença à souffrir dans sa tumeur et à être notablement gêné dans l'exercice du membre. En même temps, la tuméfaction augmentait de volume d'une manière sensible ; le malade fut envoyé à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service du D^r Bourrotte. Une ponction exploratrice sans aspiration ne ramena qu'une goutte de sang ; M. Bouilly fut appelé à voir le malade le 14 décembre 1882.

La tumeur occupe exactement le creux poplité, qu'elle offace ; elle fait en arrière et sur les côtés une saillie très facilement appréciable à la vue. La peau est saine et sans changement de coloration ; elle est seulement parcourue à la partie interne du genou par quelques veines plus dilatées qu'à l'état normal. L'articulation du genou est intacte.

Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont très limités ; le membre est dans un léger degré de flexion permanente. A la palpation, on délimite une tumeur qui en bas ne dépasse pas l'interligne articulaire fémoro-tibial, en haut, remonte à un bon travers de main au-dessus de ce même interligne ; sur les côtés, elle fait, à droite et à

gauche des condyles fémoraux, un relief moins considérable qu'en arrière, mais cependant très marqué à la partie interne. Tout le creux poplité est plein et sa dépression habituelle est absolument remplacée par une masse volumineuse. Celle-ci présente à sa partie moyenne une grosse bosselure, un peu plus saillante, au-dessous de laquelle on sent la tumeur s'enfoncer et se perdre dans la profondeur.

Dans son ensemble, la masse est dure, résistante, sans rénitence ni fluctuation; elle ne se laisse nulle part déprimer ni refouler. A la partie interne du fémur, il y a une fausse fluctuation qui paraît due aux muscles de la région, tendus sur la tumeur. La tumeur dans sa totalité semble se confondre avec les parties profondes; elle est parfaitement fixée sur l'os et ne présente aucun déplacement, ni dans le sens horizontal, ni dans le sens vertical. Par un examen attentif, on suit d'une manière très distincte les battements de l'artère poplitée à la face postérieure de la tumeur. Le pied est tout à fait normal; il jouit de tous ses mouvements et n'est le siège d'aucun trouble de la sensibilité. La jambe est légèrement infiltrée dans son ensemble et présente au niveau du mollet une augmentation de 4 centimètres sur celle du côté opposé. Les veines superficielles sont un peu dilatées. La cuisse au-dessus de la tumeur est normale, peut-être légèrement atrophiée.

L'aîne présente des ganglions petits, indolents, analogues à ceux du côté opposé; la palpation profonde de la fosse iliaque n'y révèle rien.

La pression exercée sur la tumeur est assez peu douloureuse, sinon à la partie interne, sur le condyle. Les mouvements spontanés de la jambe sur la cuisse sont très limités et douloureux. La tumeur est surtout spontanément douloureuse la nuit, au point d'exiger l'administration du chloral ou de l'opium pour obtenir un peu de sommeil. En présence de tous ces signes, d'une concordance si caractéristique, M. Bouilly porta le diagnostic d'ostéosarcome, et comme la marche devenait rapide, il pressa l'amputation qui fut pratiquée le 20 décembre.

L'opération à grand lambeau antérieur fut faite et l'os scié au milieu de la cuisse.

Examen de la pièce. 1° la tumeur; 2° l'os lui-même; 3° les vaisseaux.

1° La tumeur est bosselée, blanchâtre, résistante et présente un piqueté rougeâtre en certains points. Elle a refoulé, aplati, aminci les muscles sans les envahir. Du côté de l'ar-

ticulation (absolument saine), la tumeur s'est avancée jusqu'à la limite de la synoviale, doublée d'une couche fibreuse et graisseuse. Ses rapports avec le fémur sont les suivants : située au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, elle est séparée de l'os aux deux parties opposées par le périoste épaissi faisant partie de la tumeur et presque complètement isolé de l'os; au niveau de la partie moyenne, au contraire, la séparation de la tumeur et de l'os n'existe plus, la tumeur envoie un gros bourgeon qui a détruit l'os, il a pénétré jusque dans la cavité médullaire. 2° L'os, un peu aminci et rouge dans la partie avec laquelle il touche à la tumeur est ramolli, friable dans beaucoup de points, manifestement envahi sur d'autres par le néoplasme voisin. La moelle du canal est jaune, diffuente; elle est au contraire normale au niveau du point de section de l'os. 3° Les vaisseaux ont été refoulés d'avant en arrière et sont placés superficiellement, complètement entourés cependant par le néoplasme. L'artère poplitée nous semble un peu épaissie, conservant son calibre. La veine est oblitérée par un caillot, le nerf paraît normal.

Analyse histologique. 1° Une coupe de la tumeur au niveau du périoste, sur la moitié inférieure de la tumeur, montre quelques travées de tissu conjonctif adulte, des vaisseaux d'un certain volume et quelques éléments osseux, mais on remarque surtout et prédominant d'une manière frappante sur les diverses préparations, des cellules arrondies avec un gros noyau également arrondi; ces cellules sont plus volumineuses que les cellules embryonnaires, ce sont des médullocelles. La plupart sont groupées en îlots; quelques-unes sont isolées, disséminées sans ordre. 2° Sur une coupe pratiquée à la périphérie de cette tumeur, quelques éléments fibreux, pas d'os et encore une très grande quantité de médullocelles. 3° Dans le tissu ramolli du canal médullaire, des médullocelles, pas d'éléments fibreux. 4° La veine poplitée ne présente rien de pathologique, il s'agit donc d'une tumeur à médullocelles.

21. M. DUBIEF montre une tumeur exactement limitée au lobule paracentral droit. Les phénomènes convulsifs et paralytiques par lesquels cette tumeur s'est traduite sont restés absolument localisés au membre inférieur gauche. (Pour les détails de l'observation, voir *Gaz. méd.*, 10 décembre 1882. Le cas a été publié par MM. Raymond et Dérignac.)

M. BALLET dit qu'il a, dans ces derniers temps, réuni un certain nombre de cas de lésions du lobule paracentral. Toujours les symptômes ont été primitivement limités au membre inférieur opposé. Mais il n'est peut-être pas de cas dans lequel la localisation des lésions et des symptômes ait été aussi nette que dans le cas de M. Dubief (1).

Séance du 29 décembre 1882.

PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

22. Hernie inguinale gauche volumineuse et ancienne. — Symptômes d'étranglement incomplet. — Mort par péritonite. — Constatation à l'autopsie d'une hernie de l'S iliaque avec cystocèle inguinale ; par M. A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Au commencement de cette semaine a succombé à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur GUYON, un malade atteint d'une grosse hernie scrotale qui avait occasionné depuis huit jours des phénomènes d'étranglement incomplet. En même temps que l'autopsie nous faisait voir que la mort résultait d'une péritonite remarquable par sa marche insidieuse, elle nous faisait constater l'existence d'une cystocèle volumineuse, dont le diagnostic n'était évidemment pas possible sur le vivant. Outre que la marche de cet étranglement a été assez insolite ; les faits d'entéroccèle compliquée de cystocèle étant relativement rares, il nous a semblé utile de publier cette observation.

OBSERVATION. — Poulain, Charles, sans profession, âgé de 67 ans, entre le 17 décembre 1882, salle Saint-André, n° 13, hôpital Necker, service de M. le professeur GUYON.

Le malade aurait eu, vers l'âge de trois ou quatre ans, une hernie rapidement guérie par l'emploi d'un bandage.

(1) Voir à ce propos : *Archives de Neurologie*, mai 1883.

Vers l'âge de 21 ans, est apparue une hernie inguinale gauche pour laquelle le malade a porté un bandage très irrégulièrement; il restait quelquefois jusqu'à deux ans sans en user. Il y a quatre ans, sont survenus pour la première fois des accidents d'étranglement qui ont cédé au taxis; depuis, des phénomènes analogues se sont produits trois fois encore et ont été guéris, soit par le taxis, soit simplement par l'application de cataplasmes.

17 décembre. A midi, immédiatement après le déjeuner, la tumeur grossit subitement, sans effort. Le malade ne peut la faire rentrer comme il en avait l'habitude; le médecin échoue également. A 1 heure, le déjeuner est rendu par un vomissement. Poulain est apporté à l'hôpital à 6 heures du soir, il n'a pas eu de vomissement nouveau, le ventre n'est pas ballonné. Le taxis, essayé aussitôt sans chloroforme, est infructueux; de même, une nouvelle tentative faite après anesthésie, à 9 heures du soir, reste sans succès.

18 décembre. Nous constatons dans le côté gauche du scrotum l'existence d'une tumeur irréductible, volumineuse, au moins grosse comme le poing, peu tendue, assez souple, indolente à la pression, sonore dans toute son étendue.

Elle est située au-dessus du testicule et s'engage manifestement dans l'anneau inguinal. La nuit dernière, le malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. M. Guyon prescrit un grand bain, des cataplasmes, et un lavement au miel de mercuriale. La réduction ne peut être obtenue après le bain, qui a duré une heure.

19 décembre. Dans la nuit, le malade a bu un peu de vin qu'il a rendu immédiatement; fortes coliques. Actuellement, ventre toujours souple, pas de nouveaux vomissements, pas de nausées. Le malade prend du lait qu'il tolère bien. — Soir. Le lavement a provoqué une selle solide et dure; coliques pendant toute la journée, pas de douleurs dans la hernie. Dans la nuit, seconde selle, liquide et peu abondante; en outre, issue de trois ou quatre vents.

20 décembre. Tumeur un peu plus tendue. Ventre souple et indolent. Lavement purgatif. — Soir. Une selle dans la journée, précédée d'un vent. Le malade tolère bien le lait (environ 1 litre par jour) et les potages.

21 décembre. Deux selles dans la nuit, toujours dures et peu abondantes. Pas de vomissements, pas de nausées. Ventre souple. — Soir. Météorisme, mais ventre indolent. Encore une selle dans la journée. Pas d'appétit (ne prend que du lait); apyrexie.

22 décembre. Pas de selle. Prendra dans la journée, à

2 heures d'intervalle, trois des paquets suivants : julep 1 gr. ; calomel 0,30 centigr. — *Soir*. Une selle.

23 décembre. Ventre toujours météorisé, mais beaucoup moins tendu. Le purgatif (calomel et jalap) est réitéré. — *Soir*. La purgation est restée sans effet ; mais le malade a rendu quelques vents dans la journée. Vers 7 heures du soir, délire léger, qui persiste toute la nuit. Pas de vomissements. Pouls fréquent.

24 décembre. Agitation, oppression ; ventre très ballonné et sonorité tympanique dans toute son étendue ; très peu de douleurs spontanées ; indolence à la pression. Tumeur très tendue, mais toujours sonore. Pouls petit, fréquent, régulier. Extrémités un peu refroidies. Pas de vomissements. — *Soir*. Le ballonnement et l'oppression augmentent, pas de selle ; pouls petit (142), un peu de moiteur ; extrémités moins froides ; pas de douleur. Il persiste un subdelirium dont on tire facilement le malade en l'interrogeant un peu vivement.

Dans la nuit, agitation : par instant, P. veut se lever, s'en aller ; mais reprend facilement toute sa connaissance. Toujours pas de vomissements. — Mort le 25, à 4 heures du matin.

AUTOPSIE, faite le 26 décembre, à 10 heures du matin. — Incision longitudinale faite au scrotum, empiétant un peu sur l'abdomen. Rein cellulaire sous-cutané sain, lâche, non adipeux ; le scrotum glisse facilement sur le sac. Sac très tendu, mince ; quand on le ponctionne, issue de gaz ; il contient un peu de sérosité louche, brunâtre ; pas de pus ; pas de dépoli de la surface interne. Au dessous de lui, testicule contenu dans la vaginale.

Le doigt indicateur pénètre facilement dans l'anneau inguinal ; on sent que cet anneau, assez tranchant, exerce une légère constriction sur l'anse intestinale. Anse intestinale congestionnée, violacée, vide, revenue sur elle-même, longue de 20 centimètres environ. De chaque côté, elle présente des appendices graisseux, nombreux et volumineux, situés dans le péritoine viscéral.

La paroi abdominale est alors fendue crucialement, puis une incision est faite au niveau du collet du sac ; on constate alors que le collet, épaissi, adhère à l'anneau ; en outre, la paroi abdominale est amincie en ce point, et il y a confusion des deux anneaux inguinaux interne et externe. Le chef supérieur (et externe) de l'anse adhère par son bord libre au côté correspondant du collet ; l'adhérence est épaisse, résistante, manifestement ancienne.

Au niveau du collet, intestin rétréci, blanchâtre. Pas de perforation visible; l'injection d'eau n'en révèle aucune. Le chef supérieur se continue avec le colon descendant; l'inférieur avec le rectum. Ni l'un ni l'autre de ces intestins ne présente d'appendice graisseux. Entre les deux chefs, on voit partir une corde mésentérique, assez fortement tendue, qui aboutit en haut à la partie latérale gauche de la quatrième vertèbre lombaire. Au-dessus et au-dessous de l'anse herniée, l'intestin renferme des matières fécales grisâtres semi-liquides. Les anses supérieures sont fortement distendues de gaz; couleur verdâtre foncée. Péritonite suppurée, généralisée. Pus épais, peu abondant, adhérentes gélatineuses entre les diverses anses.

En soulevant l'anse herniée, on trouve, sous la paroi postérieure du sac, une tumeur solide, de consistance molle, à extrémité inférieure assez irrégulière. Paroi antérieure lisse, n'adhérant pas à l'intestin, se prolongeant par un pédicule un peu rétréci dans le trajet inguinal et se continuant avec la face postérieure de la vessie. Une injection, poussée par une sonde mise dans la vessie, distend d'abord la partie générale située derrière le pubis, puis fait gonfler la partie herniée; après avoir, en effet, fait une boutonnière à la partie postérieure de la vessie, une sonde en gomme est facilement introduite dans le diverticule inguinal.

En arrière, ce diverticule n'est pas entouré de péritoine; il répond aux éléments divers du cordon, entourés d'un tissu cellulaire lâche, non adipeux, et on voit le canal déférent ramper sur cette face, accompagné de veines nombreuses et dilatées. Une incision faite sur la partie herniée de la vessie montre que les parois sont notablement épaissies. Il n'y a pas de rétention d'urine.

RÉFLEXIONS. — Il me semble que cette observation offre un certain intérêt, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et je vais tâcher de faire ressortir brièvement quelques-unes des particularités qu'elle présente.

La marche des phénomènes d'étranglement a été assez singulière, et il est bien certain qu'il n'y avait pas un arrêt absolu au cours des matières; les lavements et les purgatifs ont chaque fois provoqué des selles, sauf dans les deux derniers jours de la vie, et encore faut-il remarquer que la veille de sa mort le malade a rendu des vents par l'anus. On

aurait pu, avant l'examen anatomique, dire que les matières étaient fournies par l'évacuation du bout inférieur, quand elles étaient solides ; et, quand elles étaient liquides, que l'origine en était dans l'hypersécrétion des glandes de ce bout. Mais d'abord, les gaz constamment rendus ne pouvaient venir que du bout supérieur. Et en outre, maintenant que l'autopsie nous a montré l'obstacle siégeant à la limite supérieure du rectum, nous ne pouvons admettre qu'une seule hypothèse : un arrêt incomplet de matières, d'autant plus que, sur le cadavre, les matières contenues dans le rectum étaient semblables à celles que renfermait le bout supérieur, c'est-à-dire le colon descendant. Mais quel diagnostic fallait-il faire en présence de ces accidents, et surtout quel traitement fallait-il instituer ? La kélotomie était-elle ou non nécessaire ? Quand le malade a été apporté à l'hôpital, les accidents, dont le début a été brusque, n'existaient que depuis quelques heures ; notre collègue de garde a fait des essais infructueux de taxis, d'abord sans chloroforme, puis avec le chloroforme ; cependant, le volume considérable de la tumeur, l'absence de symptômes réellement graves, surtout l'absence de vomissement et de ballonnement du ventre, contre-indiquaient la kélotomie. Ce fut également, le lendemain matin, l'opinion de M. Guyon qui, reconnaissant une obstruction incomplète, crut à un étranglement léger, et repoussa l'idée d'une intervention chirurgicale, d'autant plus que le malade racontait avoir déjà eu des accidents semblables et avoir guéri par le repos et le traitement antiphlogistique. Et, en effet, les jours suivants, les symptômes d'étranglement ne s'accrochèrent pas. Les symptômes généraux auraient encore pu être expliqués par une inflammation herniaire, mais on ne pouvait guère penser à cette complication, vu l'indolence constante et le peu de tension de la tumeur. L'introduction du doigt dans la cavité de l'anus herniaire a montré en outre que la voie était perméable.

La nécropsie nous a révélé que le malade a succombé à la péritonite, et cette péritonite a eu une allure insidieuse toute spéciale. Durant toute sa maladie, Poulain n'a eu que deux vomissements et tous deux immédiatement après l'ingestion d'aliments ou de boissons, et à ce moment il n'y avait pas de météorisme ; tout le reste du temps, il n'a même

pas eu de nausées, et il ne s'en est pas manifesté lorsque le météorisme a débuté. En même temps, le ventre a présenté une indolence remarquable. Malgré cela, la péritonite avait été reconnue sur le vivant, à l'accélération et à la petitesse du pouls, joints au ballonnement du ventre et à la prostration croissante.

L'examen anatomique du sac a montré que, quoique la hernie fût ancienne, le tissu cellulaire sous-scrotal était indemne des lésions qu'on y rencontre si souvent. Le sac n'était pas épaissi, son collet adhérait à l'anneau; tout cela n'a rien de particulier. Nous noterons seulement que l'autopsie a fait rejeter l'idée d'une inflammation herniaire. La surface interne du sac ne présentait pas le dépoli des séreuses enflammées et le liquide contenu n'était nullement purulent.

Mais il avait dû y avoir autrefois une inflammation plus ou moins latente, qui s'est révélée à nous par l'adhérence évidemment ancienne que nous avons décrite. Cette adhérence siège sur le bord libre, au lieu qu'ordinairement, dit M. Duplay (*Pathologie externe*), les adhérences intestinales, rares d'ailleurs, siègent sur le bord mésentérique.

L'anse herniée est l'S iliaque; à la partie moyenne, son méso-côlon présente un épaississement et un allongement capables de faire croire que c'était toujours la même partie du tube intestinal qui s'engageait dans la hernie. (Duplay. *Pathologie externe*. T. VI, p. 15.)

Ce que M. Gosselin appelle le *contour de la partie serrée* était visible sur notre pièce, il y a donc eu étranglement, mais étranglement léger, puisque le doigt s'engageait aisément dans le collet. Reste à savoir s'il y a perforation, soit à ce niveau, soit sur le reste de l'anse; l'existence de gaz dans le sac est favorable à l'idée d'une perforation, quoique certains auteurs admettent la possibilité de l'issue de gaz par osmose à travers la paroi intestinale; de même encore l'affaïssissement de l'anse herniée: mais l'absence de matières stercorales dans le sac lui est contraire. Pour juger la question, j'ai mis une ligature sur le côlon descendant et j'ai injecté de l'eau par le rectum, que j'ai lié sur une canule. Pas une goutte de liquide ne s'est échappée, on peut conclure de là qu'il n'y a pas de perforation.

En somme, tout cela montre que la cause de la mort

reste obscure. Sans doute, on voit qu'il y a péritonite, mais on ne voit pas comment elle s'est produite. Il n'y avait pas un point plus enflammé que les autres, que l'on pût considérer comme le point de départ. L'absence de douleur pendant la vie au niveau de la tumeur, l'absence de pus dans le sac ne permettent pas de croire à la propagation d'une phlegmasie du sac. Peut-être faut-il incriminer l'inflammation déterminée par la constriction du collet, quoique cette constriction ait été faible ? Dans ce cas, la kélotomie, supprimant la cause de l'inflammation, eût peut-être évité la terminaison fatale. Fallait-il donc opérer, alors que les moyens médicaux suffisaient à provoquer des selles, alors que le ventre restait souple et indolent, alors qu'il n'y avait pas de vomissements ? Il est probable que tout le monde eût conclu comme notre maître.

Pour terminer l'examen de l'intestin, j'ai à signaler un fait assez curieux. Il n'y avait d'appendices épiploïques appréciables que sur l'S iliaque herniée, et la démarcation est nettement marquée au niveau du contour de la partie serrée. Peut-être le développement de ces appendices est-il en rapport avec l'irritation chronique et la gêne de circulation auxquelles est soumise une anse herniée constamment, ou à peu près, l'adhérence que nous avons constatée ne permet pas, en effet, malgré le dire du malade, de croire que la réduction complète fût possible, et cette opinion est encore confirmée par l'existence d'une cystocèle, dépourvue de sac en arrière et adhérente par cette face aux éléments du cordon.

Il ne me reste plus que quelques mots à dire sur cette hernie de la vessie. On voit d'abord qu'il n'y a de sac qu'en avant et que cette face antérieure de la tumeur inguinale, nullement adhérente à l'intestin, se continue avec la face postérieure de la vessie. On peut conclure de là, qu'on est en présence d'une cystocèle secondaire. Déjà Verdier (*De la hernie de la vessie. Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1753. t. II, p. 13) a fait voir qu'une hernie scrotale ancienne et volumineuse peut, en tirant sur le péritoine du sommet et de la face postérieure de la vessie, faire circuler ces parties et les entraîner dans la tumeur herniaire. Ce mécanisme a été confirmé depuis par les travaux récents de M. Ch. Leroux (*Revue mensuelle de chirurgie*, 1880) et de M. de la Barrière

(Thèse. Paris, 1881). Dans le cas de cystocèle primitive (qui peut ultérieurement se compliquer de hernie intestinale) la hernie se fait aux dépens de la face antérieure et est par conséquent entièrement dépourvue de sac. Je ferai remarquer qu'ici il n'y a pas d'adhérences entre l'intestin et la vessie.

Pendant la vie, cette cystocèle ne s'est révélée par aucun symptôme; les troubles de la miction, souvent notés dans les cas de ce genre, n'existaient pas ici, et à l'autopsie on a trouvé la vessie vide, la tumeur n'était pas mate dans sa partie inférieure, ce qui s'explique, car l'intestin recouvrait la totalité de la face antérieure du diverticule vésical. Peut-être faut-il attribuer à la réplétion de ce diverticule à la suite de l'ingestion des boissons le début brusque de l'étranglement, presque immédiatement après le repas; peut-être aussi la diminution notable de la tumeur constatée le 23 décembre est-elle due à l'évacuation de cette poche vésicale ?

23. Un cas de suppuration. — Note sur le pus bleu et son organisme; par MM. CAPITAN et CHARRIN, internes des hôpitaux.

Une femme, âgée de 37 ans, ménagère, entre dans le service de M. le professeur VERNEUIL en décembre 1882. Elle porte un cancer du sein gauche avec engorgement de quelques ganglions axillaires. On l'opère; on fait un pansement à plat avec de la tarlatane et des linges exprimés, trempés au préalable dans une solution faible d'acide phénique. Les choses se passent normalement lorsque, dans les derniers jours de la cicatrisation, on voit apparaître sur la tarlatane une belle teinte bleue. Elle dure un jour avec toute son intensité, s'affaiblit dès le lendemain matin, et 48 heures après son apparition, ne laisse plus de traces. La cicatrisation ne paraît nullement influencée et ne tarde pas à être complète.

Dans ce liquide bleu, du reste fort impur, on voit un assez grand nombre d'organismes arrondis.

Un fragment de tarlatane, ayant 1 centimètre carré, est placé dans un ballon Pasteur, à la surface d'un bouillon de bœuf purifié à 115° et mis à l'épreuve à l'étuve à 37°; le bouillon est neutre. Au bout de 4 jours, on voit apparaître une vague teinte bleue dans les couches supérieures de bouillon; les jours suivants, cette teinte va s'accroissant et gagne

la totalité de liquide en allant de la surface à la profondeur. Une goutte de cette première culture sert à ensemer un second ballon, renfermant la même quantité de bouillon, 25 à 30 centimètres cubes, et le même résultat est obtenu. Avec une goutte de cette seconde culture, on en fait une troisième identique et ainsi jusqu'à la cinquième. Dans toutes, on observe des organismes arrondis, mobiles, mesurant 2 à 3 μ , se plaçant dans les préparations surtout sur les bords et au voisinage des bulles d'air, ce qui peut faire soupçonner leur nature aérobie, démontrée par l'impossibilité de faire des cultures dans le vide et par une coloration plus belle et plus vite obtenue sous l'influence d'un plus grand apport d'oxygène.

Dans les dernières cultures, la teinte n'était plus aussi bleue, elle tournait au vert. En même temps, un organisme nouveau, allongé en bâtonnets, également mobile, se trouvait mélangé aux organismes sphériques. Cet organisme est peut-être l'organisme qui produit, en agissant comme ferment ou autrement, question que nous ne saurions trancher, la coloration verte. L'impureté des cultures peut s'expliquer par ce fait que le point de départ vient de la surface d'une plaie, où l'on rencontre toujours bon nombre de produits.

Ainsi, avec une dose tout à fait minime de matière bleue (1 centimètre carré de tarlatane), nous avons pu par la méthode des cultures en obtenir des quantités (320 c.) que nous aurions pu multiplier encore. Seul l'organique nous paraît capable de produire cette multiplication ; une dilution a des limites et perd rapidement l'intensité de la coloration. On voit donc établir une relation de cause à effet entre les organismes des cultures et cette substance bleue, sans qu'il soit permis de faire autre chose que des hypothèses sur le mécanisme intime de la production (sécrétion, fermentation, interposition, réfringence, etc.)

La substance colorante de nos cultures est bien la pyocyanine, étudiée avec soin par Fordos, car elle est soluble dans le chloroforme, plus soluble dans les acides qui lui donnent une teinte rose. En la chauffant avec un alcali, on la fait passer à l'état de pyoxanthose ; enfin, les réducteurs l'amènent à un autre état beaucoup moins stable, dans lequel elle est jaune et d'où elle repasse bientôt à la teinte bleue, en l'agitant à l'air, ce qui lui rend son oxygène.

En évaporant des solutions chloroformiques, on obtient des cristaux ; or tous ces caractères sont ceux de la pyocyanine.

Ainsi se trouve confirmée une fois de plus la nature para-

sitaire du pus bleu. Cette idée, émise depuis longtemps et par beaucoup d'auteurs qui avaient même fait des cultures par des procédés plus ou moins grossiers, est donc démontrée par la méthode qui permet d'isoler l'organisme, la seule rigoureuse. M. Gessard a déjà fait cette démonstration dans sa remarquable thèse (*Pyocanine et son microbe*). Bien que nous ayons employé d'autres milieux de cultures, nous n'avons d'autre prétention que celle d'avoir confirmé ses expériences.

24. Cancer de l'estomac propagé à la rate, au rein gauche et au foie. — Absence de phénomènes douloureux. — Pas d'hémathémèses ni de mœléna ; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

Chasles (Désiré), brossier, âgé de 87 ans, entré à l'infirmerie Jean-Baptiste n° 7, le 15 juillet 1882, service de M. RAYMOND. C'est un homme qui a toujours joui d'une bonne santé et ne présente aucun antécédent héréditaire. Les grands parents sont morts très âgés et son père à 75 ans.

Autant que les renseignements le permettent, on peut dire qu'il n'y a eu ni cancer, ni tuberculose dans la famille. Jamais d'excès alcooliques, vie toujours sobre, jamais de blennorrhagie, pas de syphilis. Notre malade travaillait beaucoup pour élever les six enfants qu'il avait eus de trois mariages successifs. Il entre à l'hospice des Incurables d'Ivry au mois de juillet 1880, et comme il n'est atteint d'aucune infirmité, il est placé dans une salle de valides.

Depuis environ deux mois, Chasles éprouve un certain dégoût pour la nourriture. Son appétit diminue et les digestions deviennent de plus en plus difficiles. Il ne peut plus manger de légumes, et c'est à peine s'il prend un petit morceau de viande à son déjeuner. Souvent il éprouve des nausées, mais jamais de vomissements. Ses garde-robes ne renferment pas de matières noirâtres, et fréquemment la diarrhée alterne avec la constipation. Il maigrit et ses forces diminuent considérablement. Pas de transpiration la nuit.

Etat actuel. Le malade est pâle, anémique, c'est avec peine qu'il se lève encore et fait quelques pas. Il ne digère plus la viande et ne prend que du lait et du bouillon. Souvent nausées sans vomissements. A la palpation de la paroi abdominale, on ne découvre aucune tumeur à la région épigastrique, qui n'est que légèrement douloureuse.

D'ailleurs, le malade fait remarquer que jamais il n'a res-

senti la moindre douleur au creux épigastrique, ni à la région dorso-lombaire. Le foie paraît avoir son volume normal. Un peu de congestion à la base des deux poumons. Rien au cœur. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. *Traitement* : Lait. Bouillon. Potion avec quatre grammes extrait de quinquina.

Septembre. Le malade a toujours des nausées et vomit même quelquefois le lait ou le bouillon qu'il prend. La paroi abdominale est légèrement rénitente, et l'épigastre un peu douloureux à la pression. Diarrhée alternant avec la constipation. Pas de mœlène. L'affaiblissement se prononce de plus en plus ; il survient de l'œdème mou, non douloureux, des membres supérieur et inférieur gauches. Charles meurt le 4 octobre, dans la plus profonde cachexie.

AUTOPSIE.—Rien à l'axe cérébro-spinal. Les *poumons* sont congestionnés. Le *cœur* est hypertrophié, mais sans lésions à ses orifices. Il existe quelques plaques athéromateuses sur la surface interne de la crosse de l'aorte. *Tube digestif.* Rien à l'œsophage. L'estomac forme une masse assez volumineuse avec la rate et le rein gauche qui lui sont adhérents. Sa cavité est élargie, et après avoir pratiqué une incision sur toute la longueur de sa petite courbure, on ne découvre aucune lésion aux orifices pylorique et cardiaque. Mais la grosse extrémité présente, sur sa surface interne, une ulcération arrondie, de 5 à 6 centimètres de diamètre, à bords épaissis et durs, et dont la profondeur comprend toute l'épaisseur de la paroi stomacale, car le fond de l'ulcération est constitué par la face interne de la rate qui entre ainsi dans la constitution des parois de l'estomac. On trouve encore d'autres ulcérations cancéreuses, mais moins profondes, sur différents points de la muqueuse stomacale, en particulier au niveau de la paroi postérieure.

Rate. Comme nous venons de le dire, la face interne de la rate contribue à former la paroi du grand cul-de-sac de l'estomac, et la plus grande partie de la glande splénique est envahie par le néoplasme cancéreux qui atteint aussi la face antérieure du rein gauche, de sorte que le cancer de la grosse extrémité de l'estomac s'est étendu à la rate et au rein, et ces trois organes forment une masse qu'il est assez difficile d'examiner dans ses détails. On ne trouve aucune lésion dans toute l'étendue de l'intestin. Le foie n'est pas volumineux, mais présente à la coupe de nombreux petits noyaux blanchâtres de nature cancéreuse, comme nous l'indique du reste l'examen microscopique. Le rein droit est atteint de dégéné-

rescence graisseuse. Aucun nodule cancéreux sur la séreuse péritonéale. Rien à la vessie, ni aux organes génitaux.

En résumé : Cancer encéphaloïde de l'estomac avec propagation à la rate, au rein gauche et au foie, chez un vieillard de 87 ans, qui ne possède aucun antécédent héréditaire et qui ne ressentit les atteintes de son mal que 4 à 5 mois avant sa mort.

RÉFLEXIONS. — Notre observation nous paraît intéressante non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais aussi au point de vue clinique. Le cancer de l'estomac se propage fréquemment au foie, mais rarement à la rate et au rein gauche, et il est exceptionnel de voir la paroi de la grosse tubérosité de l'estomac ulcérée et remplacée par la face interne de la rate. Des coupes nous ont permis de constater que la dégénérescence cancéreuse n'avait atteint que la moitié antérieure de l'épaisseur du rein gauche, les calices et le bassinnet en étaient indemnes.

Malgré l'étendue et la profondeur de l'ulcération cancéreuse que nous constatons à l'autopsie, notre malade n'a jamais eu de vomissements noirâtres ni de méloëna. A peine rendait-il dans les derniers jours de sa vie, le lait qu'il prenait. Jamais il n'a éprouvé la moindre douleur spontanée à l'épigastre ou à la région dorsale. La pression seule réveillait un certain degré d'hyperesthésie au creux de l'estomac. Cette absence de réaction paraît fréquente chez le vieillard, et, au commencement de cette année, nous avons pu observer deux ou trois cas d'affection cancéreuse du tube digestif n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme fonctionnel.

25. Adhérence de l'aorte thoracique au poumon gauche.
— Ramollissement d'une plaque athéromateuse et rupture spontanée de l'aorte dans le poumon. — Hémoptysie foudroyante ; par M. A. BRODEUR, interne des hôpitaux.

Le nommé Butot (Magloire), âgé de 80 ans, est entré à l'infirmerie Saint-Jean-Baptiste n° 12, le 8 août 1882, service de M. RAYMOND.

Aucun antécédent héréditaire ; bonne santé dans la jeunesse. Mécanicien de son état, il a toujours beaucoup

travaillé et l'on ne révèle aucun excès de femmes ni de boissons dans ses antécédents personnels. Marié, il eut neuf enfants qui sont tous morts d'hémorrhagie (?); le dernier, âgé de 45 ans, mourut l'an dernier de vomissements de sang.

Il raconte avoir eu à l'âge de 40 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, dont il ne ressentit aucune atteinte depuis. Ne pouvant plus travailler à cause de son âge, il entre à l'hospice des Incurables le 6 mai 1880, et est placé dans une salle de valides. Depuis son admission à Ivry, Butot jouit d'une santé relativement bonne, marche sans trop de fatigue et va même quelquefois à Paris à pied. Il y a environ trois semaines, le malade ressentit une légère douleur au côté gauche et rendit en toussant quelques crachats sanguinolents.

Un vésicatoire sur le point douloureux et une potion hémostatique eurent bientôt raison de cette hémoptysie. mais, trois jours plus tard, nouveau crachement de sang, nouvelle potion suivie d'amélioration. Hier soir, le malade éprouva de nouveau une douleur au niveau de la région axillaire et les crachats contenaient quelques filaments de sang.

Ce matin, 8 août, la respiration est calme, l'examen des poumons ne révèle que quelques râles sous-crépitaux dans la région axillaire gauche. Pas de matité. Les battements du cœur sont réguliers et l'auscultation des orifices cardiaques ne fait entendre aucun souffle pathologique. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le foie et la rate paraissent avoir leur volume normal. Les urines claires, limpides, ne contiennent ni sucre ni albumine. Traitement : repos, potion avec ergotine de Bonjean, 4 gr.

10 août. Hier, expectoration sanglante, noirâtre, crachats hémoptoïques. — Ergotine de Bonjean, 4 grammes.

11 août. Ce matin, le malade se lève après la visite, et à peine est-il dehors qu'il est pris d'un accès de toux avec expectoration sanglante, et bientôt le sang jaillit par la bouche et les narines, et amène la mort au milieu de la plus vive anxiété.

AUTOPSIE. — L'axe cérébro-spinal ne présente aucune lésion appréciable à la vue. — Le cœur n'est pas hypertrophié, et l'on ne trouve aucune lésion à ses orifices; pas d'endocardite valvulaire. — Aorte. Il existe sur la face interne de la crosse de l'aorte légèrement dilatée, des plaques athéromateuses plus ou moins dures, de la largeur

d'une pièce de cinquante centimes à un franc. La partie supérieure de l'aorte thoracique est adhérente à la face interne du poumon gauche, et, au niveau de cette adhérence, la paroi artérielle ne présente aucune trace de dilatation anévrysmale. En pratiquant une incision sur toute la longueur de l'aorte, on aperçoit, à ce même niveau, une plaque athéromateuse ramollie, au centre de laquelle existe une ouverture dont les bords sont déchiquetés et qui établit une communication entre l'aorte et les petites bronches, de telle sorte qu'un stylet introduit par cette ouverture anormale pénètre jusque dans la grosse bronche gauche.

Le poumon gauche est congestionné sans aucun foyer apoplectique. — Les viscères de la cavité abdominale ne présentent aucune lésion, à l'exception des reins qui sont petits et atteints de néphrite interstitielle.

En résumé, hémoptysie fondroyante causée par la rupture spontanée de l'aorte thoracique, chez un vieillard de 80 ans, n'ayant pour tout antécédent qu'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, à l'âge de 40 ans.

RÉFLEXIONS. — Les faits de rupture spontanée de l'aorte sont assez rares, et notre cas nous paraît intéressant tant par le siège que par le mécanisme de la rupture de la paroi aortique. Dans la très grande majorité des cas, la rupture siège au niveau de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire au point où la pression sanguine est la plus considérable, et M. le Dr A. Chauffard, vient de publier (1) un nouveau cas d'*aortite ulcéreuse chronique avec ouverture dans la trachée et hémoptysie foudroyante*. — Chez notre malade, la rupture siège à la partie supérieure de l'aorte thoracique où il n'existe aucune dilation anévrysmale, fait excessivement rare, puisque les Bulletins de la Société anatomique n'en mentionnent que deux ou trois cas. L'aortite chronique est sans doute la cause de l'adhérence de l'aorte à la plèvre médiastine, et, consécutivement, à la face interne du poumon gauche.

Il paraît impossible d'admettre ici l'influence des ganglions péribronchiques sur cette rupture spontanée de l'aorte, car nous n'avons trouvé aucune lésion ganglionnaire au niveau de l'adhérence de la paroi artérielle au poumon.

(1) Voir *Progrès médical*, 6 janvier 1883.

Nous nous trouvons donc en présence d'un de ces cas excessivement rares où le ramollissement d'une plaque athéromateuse a amené une communication entre l'aorte et les petites bronches, et par suite une hémoptysie foudroyante.

Le Secrétaire,

G. BALLET.



TABLE DES AUTEURS

A

t. — 16.
d. — 96.

B

ski. — 28, 113, 236, 341.
. — 192, 486, 334.
. — 438.
r. — 261.
anoir. — 316, 317.
ult. — 250, 294.
. — 387.
er. — 522.
. — 204.
rd. — 122.
. — 525, 542.
it. — 130.
. — 268, 365.
. — 160.
. — 112, 377.
id. — 196.
. — 46.
r. — 218, 297, 301, 392, 397,
561.
rd. — 432.
st. — 233, 520.
-- 126, 256, 420.

C

l. — 193, 513.
. — 29.
. — 28.
. — 177.
nesse. — 70, 243, 304, 324,

. — 279.
l. — 367, 489.

Chauffard. — 184, 188, 350, 336.
Cornil — 241.
Cossy. — 43.
Coudray. — 508, 539.

D

Damalix. — 54, 175, 512.
Darier. — 238.
De Brun. — 468.
Dericq. — 13.
Derignac. — 492, 516.
Didier. — 71, 106.
Doléris. — 54, 470.
Doyen. — 110, 312, 379, 434, 436,
438, 442, 461.
Ducastel. — 73.
Duflocq. — 166.
Duplaix. — 38, 71.
Duret. — 75, 186.

F

Faisans. — 489.
Féré. — 485, 486, 519.
Feulhard. — 179.
Fillot. — 484.
Frémont. — 289.

G

Gendron. — 141, 480.
Gibier. — 241.
Giraudeau. — 200, 212, 217, 353.
Gombault. — 368.
Guinard. — 266.
Greffier. — 107, 168.

H

D'Heilly. — 324.

Henriet. — 133.
 Houel. — 35.
 Hue. — 85.

J

Jamin. — 54, 119, 153, 443.
 Jarret. — 429.
 Jean. — 99, 117.
 Josias. — 64, 259, 425.

K

Kirmisson. — 453.

L

Ladroitte. — 13, 147, 169, 538.
 Lagrange. — 339, 340, 357, 487.
 Landouzy. — 32, 139.
 Lecocq. — 71.
 Legendre. — 311.
 Lejard. — 57, 227.
 Loppé. — 530.
 Luc. — 527, 528.

M

Malassez. — 196.
 Malécot. — 149, 361, 414, 500.
 Marchant. — 24.
 Marie. — 58, 370.
 Marfan. — 446, 482.
 Mathieu. — 28, 49, 400, 424, 535.
 Merklen. — 113, 370.
 Mounier. — 111, 115, 116.
 De Molènes. — 228, 417.
 Mulot. — 17.

N

Netter. — 80, 112, 128.

O

Ozenne. — 59, 177.

P

Pennel. — 274.
 Phocas. — 284, 286.
 Picqué. — 457, 458, 502, 506, 512.
 Poirier. — 69.
 Poupon. — 179, 466.
 Pousson. — 375.
 Proust. — 43.

Q

Quenu. — 344, 382.
 Queyrat. — 192.

R

Rambault. — 499.
 Reclus. — 16, 35, 372.
 Redard. — 399, 412.
 Regnier. — 28, 69, 117.
 Renault. — 124, 137, 321.
 Respault. — 346.
 Richardière. — 129, 199, 511.
 Rivet. — 146.
 Ruault. — 309.

S

Sabourin. — 196.
 Sapelier. — 79.
 Schachmann. — 499.
 Segond. — 153.
 Siredey. — 86, 156, 344.
 Suchard. — 85, 145, 164, 194, 19.

T

Talamon. — 92, 157.
 Thibierge. — 52, 109.
 Thoinot. — 137, 541.
 Tuffier. — 140.

V

Valude. — 62, 82, 90.
 Vernet. — 450.

TABLE DES MATIÈRES

A

Abscès du cerveau, 13.
 — des circonvolutions frontales, 512.
 — sous pectoral, 321.
 — périnéphrétique tuberculeux, 110.
 Adénie, 140, 243.
 Anévrysme de l'aorte. — 106, 266, 274, 346.
 — multiples de l'aorte, 361.
 — de la sous-clavière avec dilatation de l'aorte, 188.
 — cirsoïde du front, 13.
 Angiome caverneux du cou, 28.
 Anomalies artérielles, 316.
 — de l'artère humérale, 340.
 — de situation du rein, 54.
 — du squelette de l'épaule, 339.
 Anthracosis et tuberculose, 212.
 Aortite, 46, 561.
 — végétante, 149.
 — ulcéreuse, 184.
 Asymétrie du cerveau, 519.
 — chez deux cynocéphales, 483.
 Aphasie, 71.
 — avec hémiplegie droite, 450.
 Ataxie locomotrice (Pachy-méningite hémorragique dans l'), 218.
 — arthropathies dans l', 139.
 Athérome de l'artère pulmonaire, 114.

B

Bassin rachitique, 29.
 Botal (persistance du trou du), 116.

Bronches (dilatation des), 409.
 Broncho-pneumonie grangréneuse primitive, 62.

C

Calcification du péricarde, 146.
 Cancer du sein, 86, 113, 420.
 — de la valvule iléo-cœcale, 268.
 — d'une anse intestinale herniée, 350.
 — primitif du péritoine, 289.
 — du cardia, 458.
 — de la vessie, 482.
 — du foie, 520.
 — de la vésicule biliaire, 171.
 — du sein, 506.
 — de l'ombilic, 193.
 — de la peau du dos, 196.
 — primitif du poumon, 96.
 Cellules géantes dans la paroi des abcès produits par le microbe du choléra des poules, 241.
 Cerveau (caractères anatomiques de la contusion du), 24.
 — hémorragie du, 450.
 — d'aphasique, 71.
 — d'amputé, 400.
 — d'idiot, 311.
 — abcès du, 13.
 Cervelet (hémorragie du), 301.
 — (tumeur du), 489.
 Cérébrales (deux cas peu conformes aux localisations), 387.
 Cécité et surdité verbales, 324, 334, 336.
 Choléra, 417.

Cirrhose du foie, 28.
 — hypertrophique graisseuse, 82, 92, 261.
 — Hypertrophique avec ascite et ictère, 228.
Cœur (hypertrophie et dilatation du), 80.
 — (kyste hydatique du), 124.
 — (abcès métastatique du), 129.
 — (rétrécissement mitral et tricuspide), 241.
 — (Oblitération des artères coronaires du), 126.
Corps étranger de l'œsophage, 684

D

Diphthérie (embolie de la fémorale dans la), 179.
Dystocie, 470.
 — par cloisonnement du col, 233.

E

Elections, 28, 54, 113, 199.
Eloge de Cl. de Boyer, 32.
 — de Houel, 35.
Endocardite fœtale, 71.
 — septique, consécutive à un érysipèle de la face, 480.
Encéphalite traumatique, 38.
Epithélioma infiltré de la main, 442.
 — de la valvule iléo-cœcale, 268.
Estomac (ulcère de l'), 160.
Etranglement interne, 294, 365.

F

Farcineux (ulcère chronique), 357.
Fibrome de la capsule du rein, 85.
 — du lobule de l'oreille, 309.
Foie (kyste hydatique suppuré du), 99.
 — (kyste hydatique double du), 122.
 — (Voir kyste).
Fracture du fémur dans la paralysie générale, 59.
 — du col du fémur, 147, 414.

— comminutive de l'avant-bras, 407.
 — bi-malléolaire, 137.
 — de la base du crâne, 459.

G

Ganglions axillaires (topographie des), 453.
 — tuberculeux ouvert dans la trachée, 466.
Gangrène spontanée, 227.
 — spontanée de la jambe dans la fièvre typhoïde, 73.
 — du pied droit, 166.
Genou (écrasement du), 502.
Granulie, 64.
Grossesse extra-utérine, 468.

H

Hémichorée post-hémiplégique, 522.
Hémiplégie croisée, 38.
Hernie de l'S iliaque, 169.
 — crurale étranglée, 181.
 — inguinale cancéreuse de l'S iliaque, 350.
 — ombilicale étranglée, 379.
 — du testicule, 372.
Hydronéphrose, 405.
Hypertrophie cardiaque, 397.
 — avec dilatation du cœur, 80.

I

Iléo-cœcale (cancer de la valvule), 268.
 — (perforation de l'appendice), 279.
Intestin (procidence du gros), 16.
 — (plaie contuse de l'), 141.

K

Kyste (multiples du foie et des reins) 341.
 — (nombreux des deux reins), 397.
 — (de l'ovaire), 438.
 — de l'ovaire à parois calcifiées, 544.
 — hydatique du poumon, 492, 513.
 — hydatique suppuré du foie, 99.
 — hydatique double du foie chez un enfant, 122.

- hydatique du cœur et de la rate, 124.
- hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, 250.

L

- Langue noire, 535.
- Larynx (ulcération du) dans la fièvre typhoïde, 161.
- Lipome du cordon, 432.
- Luxation congénitale du col du fémur, 115.
- isolée du radius, 497.
- de l'apophyse odontoïde, 200.
- sous-astragaliennne, 382.
- antérieure de la cinquième cervicale, 503, 525.
- Lymphadénome du testicule, 212.

M

- Mal de Pott, 49.
- sous-occipital, 200.
- Mammaire (notes sur certaines particularités anatomiques de la glande), 75.
- Méningite tuberculeuse du lobe paracentral, 192.
- supprimée avec otite, 238, 412.
- supprimée latente chez un alcoolique, 367.
- Microbes dans le liquide des pustules ecthymateuses de la fièvre typhoïde, 424.
- Molluscum de la grande lèvre, 446.
- Monstre double monomcéphalien sternopage, 130.
- Myo-péricardite aiguë, 64.
- Myxome de la grande lèvre, 85.
- du moyen adducteur, 147.

N

- Néphrite calculeuse, 297.
- en foyers avec points de suppuration, 209.

O

- Ombilic (cancer de l'), 193.
- (hernie étranglée de l'), 379.
- Onyxis (lésion de l') au niveau du mal perforant, 145.

Ongle (lésion de l') dans la pustule de variole sous-inguinale, 191.

- Ossification du péricarde, 146, 527.
- Ostéo-sarcome périostal, 43.
- Ovaire (kyste de l'), 438.
- (kyste à parois calcifiées de l'), 544.

P

- Pachyméningite caséuse, 24.
- caséuse tucerculeuse, 304.
- Paraplégie brusque, 49.
- Paralysie générale (fracture du fémur dans la), 54.
- Péricardite (hémorrhagique), 296, 392.
- purulente, 199.
- tuberculeuse, 400.
- Péricarde (ossification du), 146, 527.
- Péritoine (cancer primitif du), 289.
- Phlébite des sinus utérins, 129.
- Phlegmatia alba dolens de la jugulaire externe, 57.
- Pneumonies dans le rhumatisme articulaire aigu, 90.
- Poumon (cancer primitif du), 96.
- Pulmonaire (rétrécissement de l'artère) sans tuberculose, 71.
- Prostate (caverne tuberculeuse de la), 54.
- Protubérance (tubercule de la), 137.
- (ramollissement de la), 486.
- Pyopneumothorax, 425.

R

- Ramollissement de l'insula, 58.
- de la protubérance, 451.
- du lobe occipital droit, 284.
- cortical avec dégénérescence secondaire, 286.
- Rapports, 153, 196, 344, 368, 370, 377, 500, 512, 513, 316.
- Rate (kyste hydatique de la), 124.
- Rein unique, 42.
- (fibrome de la capsule du), 85.
- (cancer du), 86, 113, 420.
- kystes multiples, 341, 397.
- blanc amyloïde, 259.

Respiration du Cheyne-Stokes, 80.
 Rétrécissement de l'artère pulmonaire sans tuberculose, 71.
 — mitral et tricuspide, 241.
 Rupture de la carotide interne, 458.
 — de l'artère radiale par écrasement, 379.
 — de l'aorte, 561.

S

Sarcome de l'omoplate, 538.
 — de l'épididyme, 529.
 — de la plante du pied, 429.
 — de l'auriculaire, 487.
 Spina bifida lombaire, 217.
 Surdité et cécité verbales, 324, 334, 336.
 Synovite fibreuse, 28.
 — tuberculeuse, 119.
 — fongueuse de la gaine palmaire, 434.
 — fongueuse du canal, 436.

T

Testicule (hernie du), 372.
 — (tubercule du), 16.
 — (lymphad  n  me du), 312.
 Thrombose veineuse dans un cas de fracture, 133.
 Tuberculose :
 — aiguë généralisée, 204.
 — du testicule, 16.
 — de la prostate, 54.
 — génito-urinaire, 375, 405.
 — génito-urinaire chez la femme, 443.
 — de la protubérance, 137.
 — avec symphyse du péricarde, 400.
 Tuberculeuse (synovite tendineuse), 119.
 — (hernie du testicule d'origine), 372.
 — (pachyméningite cervicale), 304.
 — (cavernules du foie), 529.

— (fongosités du coude), 436.
 — (ulcérations de la lèvre), 236.
 Tumeur de l'abdomen, 531.
 — blanche de l'articulation sterno-claviculaire, 107.
 Typhoide (gangrène spontanée de la jambe dans la fièvre), 73.
 — (ulcération du larynx dans la fièvre), 168.
 — (mort subite dans la fièvre), 511.
 Typhlite aiguë perforante, 157.

U

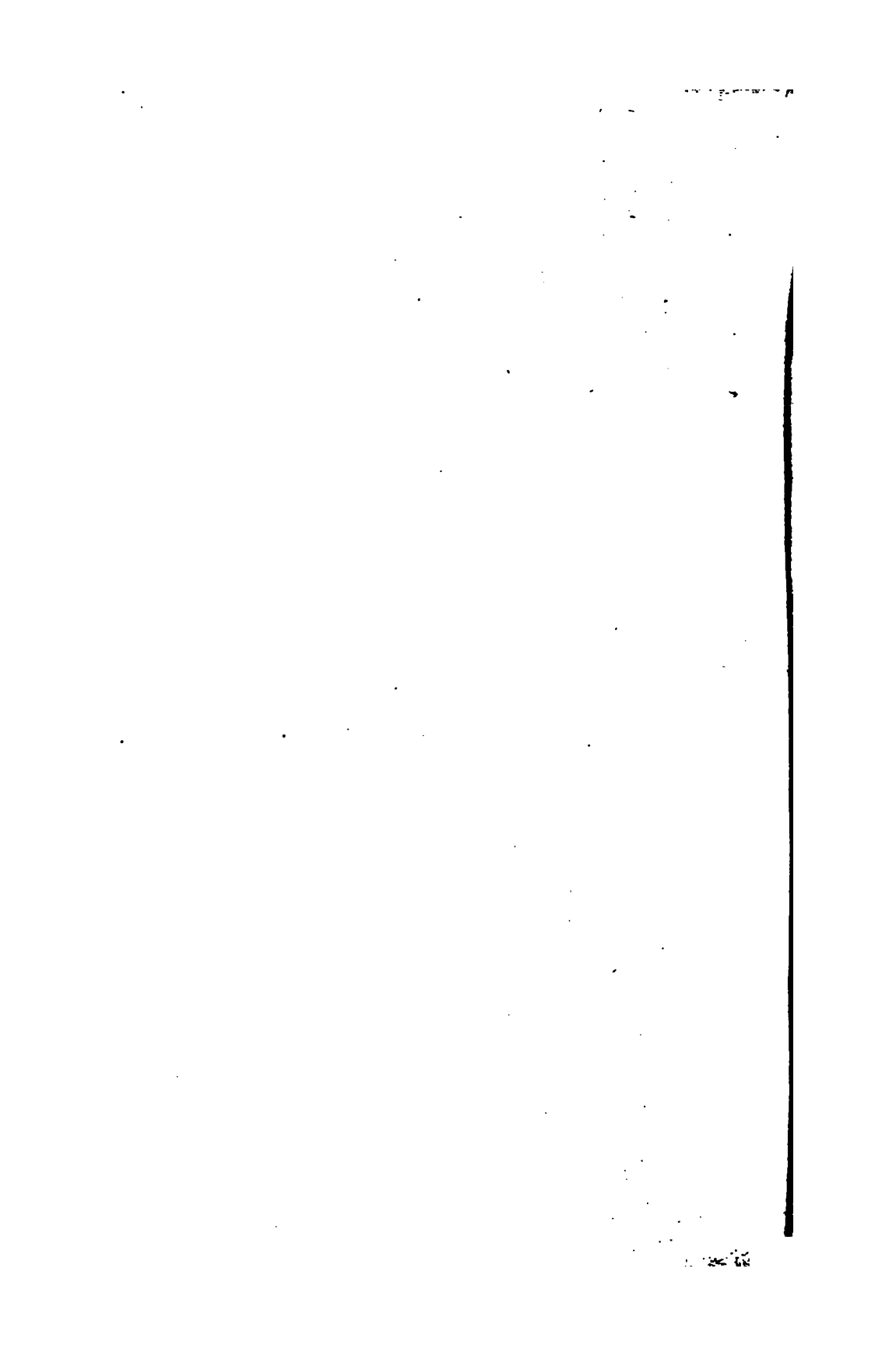
Ulcère de l'estomac, 160.
 — du larynx dans la fièvre typhoide, 168.
 — tuberculeux des lèvres, 236.
 — farcineux chronique chez l'homme, 357.
 Urémie, 205, 259, 341, 357, 420.
 Ur  thrale (végétation de la muqueuse),
 — (ulcération tuberculeuse de la muqueuse), 461.
 Utérus (phlébite de sinus de l'), 129.
 — (fibro-myome de l'), 175.
 — (corps fibreux de l'), 352.
 — (tumeur de l'), 535.

V

Valvule iléo-cœcale (cancer de la), 268.
 Varices (examen histologique des) dans un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire,
 Vari  ole (examen des lésions de l'ongle dans la pustule sous-unguéale de la), 194.
 Vésicule biliaire (absence congénitale de la), 500.
 — cancer de la), 171.
 Vessie (cancer enc  phaloide de la), 482.
 — (tumeur pédiculée de la), 13.





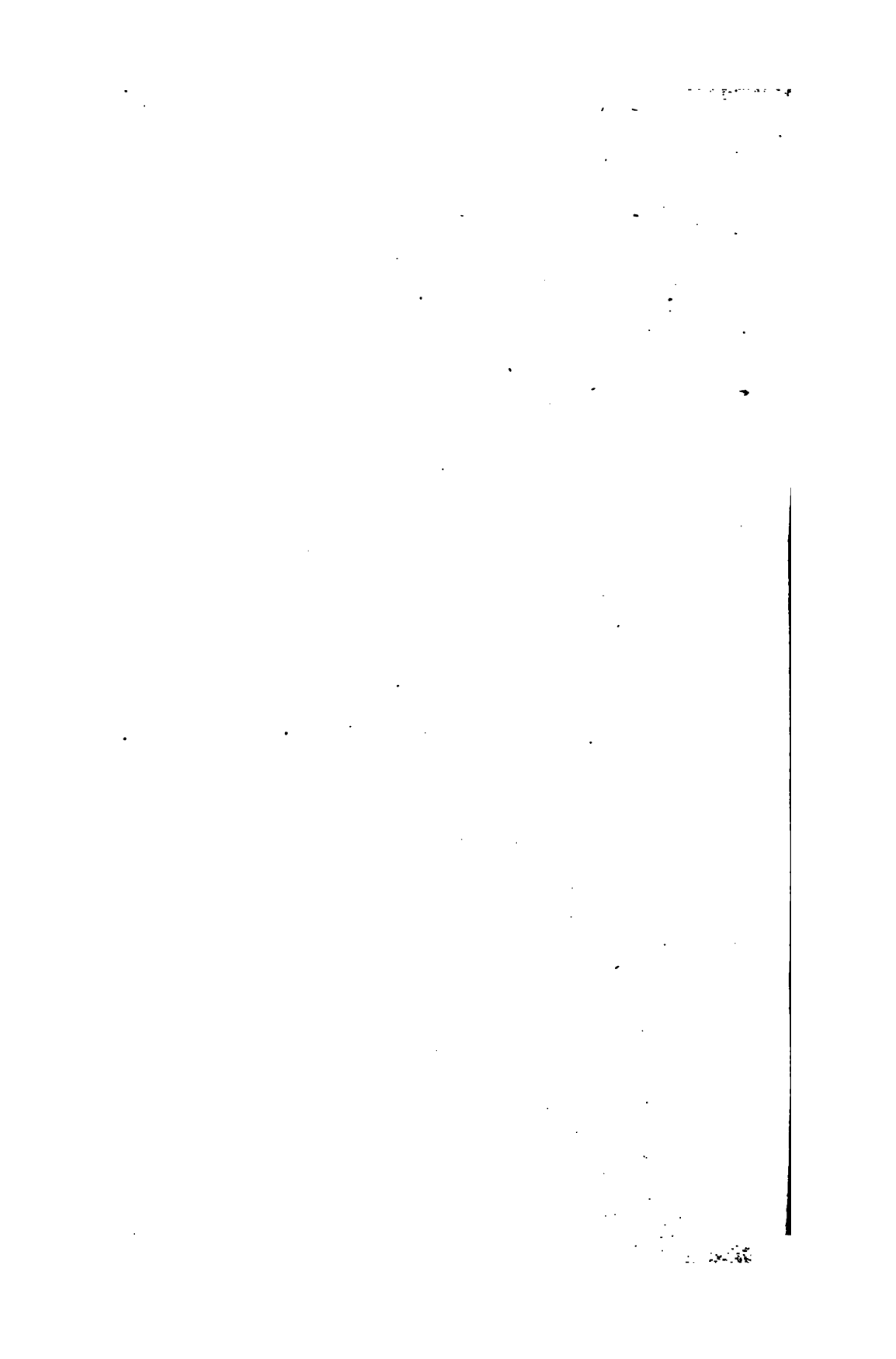


—









L

